



Les patients perçoivent-ils les mêmes indications d'arrêts de travail que les médecins ? Étude à propos de cas cliniques fictifs

Frédéric Jury

► To cite this version:

Frédéric Jury. Les patients perçoivent-ils les mêmes indications d'arrêts de travail que les médecins ? Étude à propos de cas cliniques fictifs. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00967426

HAL Id: dumas-00967426

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00967426>

Submitted on 28 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Joseph Fourier
Faculté de médecine de Grenoble

Année 2014

N°

**LES PATIENTS PERÇOIVENT-ILS LES MÊMES INDICATIONS
D'ARRÊTS DE TRAVAIL QUE LES MÉDECINS ?
Étude à propos de cas cliniques fictifs**

THÈSE

PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

-DIPLOME D'ÉTAT-

par

Frédéric JURY

né à Grenoble (38), le 29 mars 1986

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble*
le mercredi 26 mars 2014

Devant le jury, composé de :

M. le Professeur Régis de GAUDEMARIS (Président du jury)

M. le Professeur Georges BETTEGA

M. le Docteur Arnaud SEIGNEURIN

M. le Docteur Serge JULLIEN-PALLETIER (Directeur de thèse)

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Résumé :

Objectif

L'objectif de l'étude est de déterminer si les patients perçoivent les mêmes indications d'arrêts de travail que leurs médecins.

Méthode

Huit cas cliniques fictifs balayant des motifs fréquents de consultations en soins primaires ont été soumis à 196 médecins généralistes libéraux isérois contactés aléatoirement. Ils devaient déterminer si les situations décrites justifiaient un arrêt de travail, et éventuellement sa durée. Ils ont également inclus des patients qui ont répondu aux mêmes questions. Le critère de jugement principal est la comparaison des nombres de jours d'arrêts indiqués par les médecins et les patients.

Résultats

74 médecins ont répondu au questionnaire et ont inclus 93 patients. La durée globale d'arrêt de travail pour les huit cas cliniques est significativement inférieure quand ce sont les patients qui indiquent la durée d'arrêt de travail (36,8 jours contre 44,8 jours, $p = 0,022$). C'est le cas en particulier pour les deux pathologies psychologiques. Globalement, Les patients ont significativement plus refusé de prescrire un arrêt que les médecins (206 refus contre 106, $p < 0,0001$).

Les patients arrêtés au moment de leur réponse ont été plus généreux que les autres. Les indépendants ont indiqué moins de jours d'arrêt que les autres catégories socio-professionnelles.

Conclusion

Des patients sélectionnés aléatoirement semblent percevoir des indications d'arrêts de travail globalement proches mais légèrement plus réduites que leurs médecins généralistes, sur l'opportunité comme sur la durée. Ce travail demande à être confirmé et complété, en particulier en s'intéressant aux attentes des malades eux-mêmes en termes d'arrêts de travail.

Mots-clés

Congé maladie ; médecine générale ; participation des patients

Remerciements

- Au Dr Jullien- Palletier pour les conseils et la disponibilité dont il a fait preuve pour m'aider à mener à bien ce travail.
- Aux membres du jury pour avoir accepté si spontanément de juger mon travail, et en particulier au Pr de Gaudemaris, pour en avoir pris la présidence.
- A tous ceux qui ont pu me conseiller ou m'assister pour cette thèse : maîtres de stage, confrères, co-internes...
- A mes parents pour leur soutien et leurs relectures attentives.
- Et surtout aux médecins et aux patients ayant pris un peu de temps pour participer à l'étude.

Table des matières

Liste des abréviations	p. 6
1. <u>Introduction : état des connaissances sur les arrêts de travail</u>	p. 7
A. Définition et cadre réglementaire	p. 8
1) Une prescription médicale	p. 8
2) Des bénéfices pour le salarié	p. 8
3) Des mécanismes de contrôle	p. 9
4) Les différentes issues d'un arrêt de travail	p. 10
5) Des différences à l'international	p. 10
B. Approche statistique descriptive	p. 12
1) Volume et charge financière	p. 12
2) Quels sont les prescripteurs ?	p. 13
3) Quelle fréquence de prescription ?	p. 13
4) Motifs d'arrêts de travail	p. 13
5) Contrôle des arrêts de travail	p. 13
C. La prescription d'arrêts de travail du côté des médecins	p. 15
1) Quels éléments entrent en compte dans la décision ?	p. 15
2) Une prescription ressentie comme complexe	p. 18
D. Le point de vue des patients	p. 21
1) Les attentes des patients	p. 21
2) L'évaluation de l'aptitude par les patients	p. 22
3) Les refus d'arrêts de travail par les patients	p. 22
E. Conclusion	p. 23
2. <u>Méthode</u>	p. 24
A. Etablissement du questionnaire	p. 24
B. Recrutement des médecins participants	p. 25
C. Recrutement des patients participants	p. 26
D. Recueil et traitement des données.....	p. 27
E. Critères d'analyse.....	p. 27

3. <u>Résultats</u>	p. 28
A. Résultats du processus d'inclusion des médecins	p. 28
B. Résultats du processus d'inclusion des patients	p. 29
C. Caractéristiques de la population « médecins »	p. 30
D. Caractéristiques de la population « patients »	p. 32
E. Résultats des questions sur les cas cliniques chez les médecins	p. 35
F. Résultats des questions sur les cas cliniques chez les patients.....	p. 36
G. Comparaison des résultats entre patients et médecins.....	p. 38
H. Influence ressentie des patients sur les médecins.....	p. 41
4. <u>Discussion</u>	p. 42
A. Discussion des résultats de l'étude	p. 42
1) Analyse individuelle des cas	p. 43
2) Hypothèses explicatives	p. 50
3) Analyse en sous-groupes	p. 52
B. Biais et limites de l'étude	p. 55
1) Recrutement des participants	p. 55
2) Utilisation d'internet	p. 57
3) Période de réalisation	p. 57
4) Utilisation de cas cliniques	p. 58
5) Conception des cas cliniques	p. 58
5. <u>Conclusion</u>	p. 61
6. <u>Bibliographie</u>	p. 62
Annexes	p. 66

Liste des abréviations :

ALD : affection de longue durée

ANAES : agence nationale accréditation et d'évaluation en santé

AT : accident du travail

CDD : contrat à durée déterminée

CDI : contrat à durée indéterminée

CNOM : conseil national de l'Ordre des médecins

GEA : gastro-entérite aiguë

GROG : groupes régionaux d'observation de la grippe

HAS : haute autorité de santé

IJ : indemnités journalières

IRS : inhibiteur de recapture de la sérotonine

MP : maladie professionnelle

SFMG : société française de médecine générale

SMIC : salaire minimum interprofessionnel de croissance

SPILF : société de pathologie infectieuse de langue française

WONCA : world organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners / family physicians. Organisation internationale des médecins généralistes.

1. Introduction : état des connaissances sur les arrêts de travail

L'arrêt de travail est un outil fréquemment employé par les médecins et en particulier les généralistes. Il s'agit d'une prescription parmi un panel d'autres, dont la finalité devrait être une amélioration ou une non-dégradation de l'état de santé du travailleur. Contrairement aux prescriptions médicamenteuses, les arrêts de travail n'ont pas fait l'objet d'abondants travaux de recherche et ne sont, le plus souvent, pas abordés selon les standards de la médecine fondée sur les preuves.

Une meilleure connaissance de cet outil thérapeutique pourrait permettre d'améliorer la qualité des prescriptions, dans l'intérêt des patients, comme dans celui de la collectivité.

Dans la suite du document, seront rassemblés sous le terme générique d' « arrêts de travail » deux éléments qui sont distincts en droit social français : d'une part les arrêts maladie, qui sont majoritaires, et d'autre part les arrêts en lien avec un accident de travail ou une maladie professionnelle, ainsi que les arrêts pour une complication de la grossesse. Ils ont des caractéristiques et des modes d'indemnisation sensiblement distincts. Sont exclus de cette synthèse les autres dispositifs : les congés maternité, paternité ou adoption, les congés de solidarité familiale, les congés enfant-malade...

A. Définition et cadre réglementaire

1) Une prescription médicale

Un arrêt de travail peut être prescrit pour permettre « l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin [...] de continuer ou de reprendre le travail » (art. L321-1 du code de la Sécurité sociale). Par extension, un arrêt est prescrit lorsque l'état de santé de l'employé rend l'accomplissement de son travail impossible, pour raison physique ou psychologique.

L'arrêt de travail fait obligatoirement l'objet d'une prescription médicale. Il peut s'agir du médecin traitant du patient ou d'un autre praticien, généraliste ou spécialiste, exerçant en libéral ou comme salarié, du public comme du privé. Cette prescription n'est pas autorisée aux médecins du travail ainsi qu'aux praticiens des services de contrôle médical des caisses. Les sages-femmes et les dentistes peuvent également prescrire un arrêt de travail dans des conditions particulières.

Le médecin indique sur un formulaire Cerfa n°10170*04 ou de manière dématérialisée la durée d'arrêt de travail, la possibilité de sorties du domicile et le cadre réglementaire dans lequel l'arrêt sera indemnisé (maladie, grossesse, accident du travail ou maladie professionnelle). Le motif médical est obligatoirement mentionné (art. L162-4-1 du code de la Sécurité sociale).

La durée de l'arrêt de travail est laissée à l'appréciation du médecin, et éventuellement remise en cause à posteriori lors d'un contrôle. L'Assurance Maladie a publié, après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS), des référentiels pour certaines pathologies (5). Ils ne sont qu'indicatifs.

2) Des bénéfices pour le salarié

Les bénéfices pour le salarié sont de deux ordres : une autorisation d'absence d'une part et une indemnisation financière d'autre part.

L'autorisation d'absence est immédiate dès la rédaction du certificat, mais ne saurait être rétroactive. Elle protège le salarié qui ne peut être l'objet de mesure disciplinaire pour abandon de poste.

L'indemnisation est différente selon les situations. Un délai de carence peut être imposé, durant lequel le salarié ne bénéficie d'aucune indemnisation. Ce laps de temps est de trois jours pour les salariés du privé (sauf convention collective plus favorable) et

n'existe plus pour les fonctionnaires, après sa suppression au premier janvier 2014. Il n'y a pas de délai de carence si l'arrêt s'inscrit dans le cadre d'un accident du travail (AT) ou d'une maladie professionnelle (MP).

L'indemnité journalière versée aux salariés pendant un arrêt maladie est de 50 % du salaire journalier brut moyen jusqu'à 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur. Pour les situations d'AT ou de MP, les indemnités journalières (IJ) couvrent 60 % du salaire journalier de base pendant les 28 premiers jours, puis 80 % à partir du 29ème jour (art. L323 du code de la Sécurité sociale). Les IJ en rapport avec une affection de longue durée (ALD) ne sont pas imposables contrairement au cas de la maladie. Les indemnités pour AT ou MP le sont partiellement. Les prélèvements sociaux s'appliquent également.

Parallèlement, sous réserve d'une ancienneté de plus d'un an, l'employeur verse des indemnités complémentaires à partir du huitième jour (dès le premier jour en cas d'AT ou de MP) afin de maintenir des revenus correspondants à 90 % du salaire pendant les 30 premiers jours et deux tiers du salaire pendant les 30 jours suivants. Ces durées sont augmentées avec l'ancienneté. Il s'agit ici des minimums légaux, mais les conventions collectives sont en général plus généreuses, permettant de diminuer les délais de carence ou souvent de majorer les versements pour atteindre 100 % du salaire.

Les indépendants bénéficient de régimes obligatoires bien moins intéressants mais peuvent souscrire des assurances privées leur permettant d'avoir une couverture plus protectrice.

3) Des mécanismes de contrôle

Les arrêts de travail prescrits peuvent être contrôlés selon deux voies spécifiques : le contrôle médical pratiqué par les caisses et les contrôles privés.

Les médecins-conseils des services médicaux des caisses peuvent contrôler sur pièce ou en consultation une partie des arrêts de travail. La sélection se fait selon des critères choisis par les caisses et comprennent en général les durées longues. Ils ciblent certaines pathologies, ou des incohérences dans les dossiers. Certains médecins gros prescripteurs, placés sous le régime d'accord préalable systématique voient tous leurs arrêts contrôlés. Une remise en cause de l'arrêt de travail peut entraîner une suspension des IJ, sans rétroactivité (art L315-2 du code de la Sécurité sociale).

L'employeur peut également diligenter un contrôle de manière discrétionnaire, en s'adressant à une entreprise spécialisée, qui missionne un médecin pour examiner le salarié et déterminer si l'arrêt est justifié. En cas de remise en cause de l'arrêt,

l'employeur est autorisé à suspendre le versement des indemnités complémentaires et les conclusions du médecin expert sont ensuite transmises au service du contrôle médical de la caisse qui pourra éventuellement suspendre le versement des IJ (art. L315-1 du code de la Sécurité sociale).

4) Les différentes issues d'un arrêt de travail

Le salarié peut reprendre son poste avant la fin de l'arrêt de travail prescrit, ce qui lui met automatiquement un terme. Dans le cas général, le salarié retravaille le lendemain du dernier jour de l'arrêt, en l'absence de prolongation.

Il existe une possibilité de reprise du travail à temps partiel, de manière transitoire, sur prescription médicale, et avec l'accord de l'employeur. Le salarié bénéficie alors d'une indemnisation de la perte de salaire.

Au-delà de six mois, le salarié bascule dans un régime d'arrêt de longue durée. S'il ne peut reprendre son travail, le médecin-conseil décide un passage en invalidité. La durée maximale de versement des indemnités journalières est de trois ans.

5) Des différences à l'international

Tous les systèmes de santé des pays développés disposent d'un mécanisme d'indemnisation des salariés incapables d'assurer leur travail pour raison médicale. Les caractéristiques permettant les comparaisons sont fournies par l'association internationale de la Sécurité sociale sur son site internet (4).

a. Place de l'auto-certification

Cette disposition, inexistante en France, permet au patient de déclencher par lui-même un arrêt de travail pour motif médical et son indemnisation éventuelle, sans avoir besoin d'un certificat produit par un médecin. La durée avant avis médical varie de deux jours en Belgique, à quatre jours en Allemagne, en Suisse ou en Norvège. Le délai s'étend jusqu'à sept jours au Royaume-Uni et en Suède, et jusqu'à quatorze jours aux Pays Bas.

b. Variabilité du délai de carence

Le délai initial durant lequel le salarié ne perçoit pas d'indemnisation, afin de limiter les dépenses et un éventuel recours abusif aux arrêts de travail, n'existe pas en

Allemagne, en Norvège, ou aux Pays-Bas. Il est de un jour en Belgique ou en Suède, de trois jours en Suisse, au Royaume-Uni ou dans le privé en France et peut aller jusqu'à deux semaines en Nouvelle-Zélande.

c. Place des organismes publics et privés

Dans la plupart des pays, l'indemnisation de base provient d'un organisme public, avec d'éventuels compléments des employeurs ou d'assureurs privés. Cependant, le système privé est parfois prédominant, comme aux Pays-Bas ou aux États-Unis.

d. Le taux de remplacement

Le taux de remplacement (part du salaire habituel perçu en indemnités) est souvent de 100 % initialement, comme en Allemagne, au Danemark ou en Finlande, avant de diminuer. Il n'est au début de l'indemnisation que de 60 % en Belgique ou en Espagne en dehors de la participation supplémentaire éventuelle de l'employeur.

e. La durée maximale

La durée d'indemnisation maximale est d'environ un an aux Pays-Bas, en Finlande ou en Suède, et atteint trois ans en Allemagne ou en France.

B. Approche statistique descriptive

1) Volume et charge financière

La dépense totale d'indemnités journalières pour le régime général a été de 8,773 Md€ en 2012, dont 6,221 Md€ de maladie et 2,552 Md€ d'AT/MP (31). Cinquante-neuf pourcent de la charge financière était constituée par des IJ pour des arrêts de moins de trois mois. Le suivi des dépenses d'indemnités journalières des autres régimes, et en particulier du public est réalisé de manière moins précise et moins transparente. La Cour des comptes avançait le chiffre de 383 millions d'euros de dépenses de congés maladie pour la seule fonction publique d'État en 2010 (14).

Les dépenses d'indemnités journalières ont diminué de un pourcent en 2012 après une année 2011 déjà marquée par un important ralentissement par rapport à la tendance des années antérieures (3). Les dépenses d'indemnités journalières maladie tous régimes avaient progressé de 15 % sur la période 2005 -2010 (14).

Les différents cadres d'indemnisation ont connu en 2012 des évolutions contrastées avec les IJ concernant les accidents de travail qui ont baissé de 1,2 % en 2012 contre une hausse de 3,0 % l'année précédente. De même, les dépenses d'IJ maladie de moins de trois mois ont diminué de 1,5 % contre 2,6 % d'augmentation en 2011. En revanche, les IJ maladie de plus de trois mois se sont stabilisées en 2012.

Le nombre moyen de journées maladie indemnisées à chaque patient ayant bénéficié d'une prise en charge en 2010 était de 43,9 jours (14). Le montant moyen de chaque IJ maladie a été de 31 € en 2010. On notait des différences entre les territoires, avec des valeurs allant de 27 € à La Roche-sur-Yon à 37 € à Paris, en raison de la nature et des rémunérations des emplois correspondants (31).

Les prescriptions d'arrêts de travail connaissent une variabilité saisonnière, avec une augmentation lors des épidémies hivernales (1). Une étude de la Dares de 2013 (16), sur des données 2003-2011 montrait que l'absentéisme n'avait pas beaucoup varié sur la période, avec un taux moyen de 3,6 % de salariés connaissant un arrêt sur une semaine moyenne. Ce taux subissait par contre des variations saisonnières significatives, avec environ 3 % en été et 4 % en hiver.

2) Quels sont les prescripteurs ?

Sur des chiffres de 2002 (1), les médecins libéraux étaient à l'origine de 85 % des arrêts maladie prescrits. Les plus gros prescripteurs étaient les médecins généralistes, avec 75 % des arrêts, puis les gynécologues (3,1 %), les chirurgiens (1,7 %), les chirurgiens orthopédiques (1,7 %), les rhumatologues et les psychiatres (moins de 1 % chacun).

3) Quelle fréquence de prescription ?

Dans une étude française rétrospective de 2003 (30), portant sur un ensemble de consultations de médecine générale, un arrêt de travail était prescrit lors de 8 % des consultations au cabinet et 2 % des visites, en prenant en compte l'ensemble des consultations, quel que soit l'âge et la situation sociale du patient.

Un rapport de la Cour des comptes de 2012 (14), reprenant des chiffres de la CNAMTS analysait le nombre de journées d'IJ prescrites au cours de l'année 2010 par les médecins généralistes. La moyenne se situait à 3515 jours par médecin généraliste. Rapporté au nombre d'actes, les généralistes prescrivaient 69,7 IJ pour 100 actes dispensés à des bénéficiaires de la CNAMTS.

4) Motifs d'arrêts de travail

Les deux principales causes d'arrêts de travail sont les pathologies rhumatologiques et les pathologies psychiatriques, avec un ordre qui varie en fonction des études, du fait que l'on s'intéresse ou pas aux arrêts courts, et de la manière dont sont comptabilisés les arrêts, en rapport avec des référentiels internationaux comme la CIM-10, ou de façon plus libre. La saisonnalité a aussi une grande influence sur la prévalence des arrêts pour motifs infectieux (30) et (20).

5) Contrôle des arrêts de travail

Le taux moyen d'activité de contrôle des arrêts de travail de moins de 45 jours par l'Assurance Maladie, était en 2012 de 13 % (6). L'ensemble des arrêts de plus de 45 jours doit faire l'objet d'une validation par un médecin conseil, soit sur pièce, soit par une convocation de l'assuré.

Un rapport de la Cour des comptes de 2009 (13) fournit des chiffres détaillés sur les contrôles d'arrêt de travail lors de l'année 2007. La part d'avis défavorable était de

11 % sur le risque maladie contre 5,4 % sur le risque AT/MP. Le taux était plus élevé lors des arrêts de courte durée (12,7 %) et des arrêts en lien avec une ALD (14,4 %). Les résultats des contrôles étaient très différents en fonction des régions, allant de 7 % d'avis défavorables en Pays-de-la-Loire à 14 % dans le Nord-Pas-de-Calais-Picardie.

Le contrôle serait une action rentable financièrement, avec un coût des ressources humaines du service médical (personnel administratif exclu) sur le contrôle des assurés qui était estimé à 31,5 M€ pour 240 M€ d'économie directe, sans compter les répercussions indirectes sur l'économie, difficilement chiffrables.

C. La prescription d'arrêts de travail du côté des médecins

1) Quels éléments entrent en compte dans la décision ?

La prescription d'un arrêt de travail par le médecin généraliste prend en compte consciemment ou inconsciemment de nombreux facteurs. Parmi ceux que le médecin parvient à identifier, certains sont relativement objectifs, alors que d'autres sont soumis à son évaluation subjective. Les études ont montré quantité de facteurs liés statistiquement à des variations de prescriptions, de manière plus ou moins directe. L'objectif de ce chapitre est d'en faire le tour pour mieux comprendre les facteurs qui sont susceptibles de modifier les prescriptions d'arrêts de travail.

a) Facteurs relatifs à la pathologie

La pathologie et l'inaptitude au travail qui en découle devraient logiquement être les principaux critères guidant la prescription d'un arrêt de travail.

- L'importance de la douleur

La douleur se place au premier rang des éléments médicaux qui entrent en ligne de compte pour déterminer l'inaptitude dans de nombreuses pathologies (24).

La douleur semble être souvent perçue par les patients, mais également par les médecins, comme un élément rédhibitoire au travail (34).

- La présence d'éléments objectifs

La prescription d'arrêts de travail est influencée par la présence ou non d'éléments objectifs (clinique claire, examens complémentaires avec résultats quantifiés...), en plus des informations apportées par le patient. La prescription dans le cadre de pathologies non somatiques est plus complexe.

- Les autres options thérapeutiques

L'arrêt de travail se conçoit comme un élément parmi la palette de traitements possibles, comportant également les médicaments ou encore la kinésithérapie. Il peut

exister des interférences entre ces traitements. L'impossibilité matérielle ou par contre-indication de recourir aux autres thérapeutique encourage la prescription d'arrêts de travail, et inversement (24).

b) Facteurs relatifs au patient et son environnement

- Sexe du patient

Le rôle du sexe du patient est controversé, avec des données parfois divergentes selon les études, mais semblant aller dans le sens d'une plus grande fréquence d'arrêts de travail pour les femmes en France, à la différence d'autres pays. Aucune étude n'analyse les causes de cette « sur-prescription » (6, 8).

- Age du patient

Les études montrent de manière convergente que les patients prennent de plus en plus souvent des arrêts avec l'avancée en âge. (6, 33). L'état de santé se dégrade avec l'âge, entraînant des pathologies plus nombreuses. L'impact du seul critère « âge » pour décider d'un arrêt de travail est incertain.

- Etat de santé du patient et arrêts dans le passé

Complémentairement à la pathologie pour laquelle se pose la question d'un arrêt de travail, l'état de santé du patient et ses antécédents peuvent avoir un effet sur la prescription de cet arrêt, sans pouvoir déterminer si cet élément est pris en compte de manière explicite par le médecin lors de son évaluation ou si il joue un rôle moins objectif.

Des arrêts de travail rares au préalable favoriseraient la prescription d'un arrêt lors d'un épisode aigu, avec en contrepartie une prescription moins facile pour des patients plus fréquemment en arrêt de travail (24).

- Situation familiale et sociale

Une variation des prescriptions d'arrêts de travail en fonction de la situation maritale ou de la présence d'enfants est controversée avec des études divergentes. L'effet, s'il existe, resterait modeste (10, 16).

c) Facteurs relatifs aux caractéristiques de l'emploi

La prise en compte par les médecins prescripteurs des conditions d'emploi des salariés qui viennent les consulter est fréquente (20).

- Contrat et Temps de travail

Le contrat de travail, et en particulier sa plus ou moins grande précarité, est un facteur clairement associé à une majoration des arrêts de travail lorsque la situation du salarié est plus stable. En revanche, il ne semble pas y avoir de différence à postes équivalents entre un patient titulaire de la fonction publique et un salarié du privé en CDI (6, 23).

La durée de travail hebdomadaire est également liée à la fréquence des prescriptions d'arrêts de travail. Les salariés à temps partiel ont une probabilité inférieure d'être indemnisés pour arrêts de travail à l'inverse des salariés réalisant des heures supplémentaires, plus souvent en arrêt. Les explications avancées tiennent à l'impact plus ou moins important du travail sur la santé, ainsi qu'à la marge de manœuvre plus ou moins importante en fonction des revenus habituels.

- Taille de l'entreprise

La taille de l'entreprise semble influencer les arrêts de travail. Ils sont plus fréquents dans les grandes entreprises que dans celles où les salariés sont peu nombreux (6).

Outre les différentiels éventuels d'états de santé ou de conditions de travail, le choix du salarié de se mettre ou non en arrêt de travail est peut-être influencé par l'anonymat relatif qu'il pourrait avoir dans une grande entreprise alors qu'il est plus susceptible d'avoir un rôle clé dans une petite équipe.

- Conditions de travail et pénibilité

Les conditions de travail défavorables augmentent la probabilité de se retrouver en arrêt de travail, sans que l'on puisse déterminer s'il s'agit pour le salarié d'une manière de se soustraire à cette pénibilité ou plutôt de conséquences néfastes de cette pénibilité sur sa santé (16, 42).

Les médecins peuvent également prendre en compte la dangerosité potentielle pour le salarié ou pour autrui s'il présente un état de santé dégradé (risque de contamination, ou d'accident) (17).

- Conflits au travail et harcèlement

La présence de conflits au travail, avec les collègues ou avec les supérieurs, voire la conviction d'être victime de harcèlement est un élément semblant très lié avec la probabilité de se trouver en arrêt de travail, en particulier pour une longue durée (9, 21).

d) Facteurs relatifs à la situation économique et à la protection sociale

Les départements avec un taux de chômage plus faible comptent plus d'arrêts maladie (6). Les facteurs explicatifs seraient, d'une part une augmentation de la population indemnisable avec une baisse du chômage, et d'autre part une augmentation des contraintes de productivité liées à la croissance économique. Une moindre crainte de perdre son emploi et l'inclusion de personnes plus fragiles sur le marché du travail sont également évoquées.

Les caractéristiques de la protection sociale pourraient influencer sur la probabilité de se trouver en arrêt de travail, avec une majoration du risque lorsque les conditions d'indemnisation sont plus généreuses, en particulier en Alsace-Moselle (6) ou lors d'indemnisation dans des cadres plus protecteurs (AT ou MP) (24).

Un taux élevé de contrôle des arrêts courts par les médecins-conseils dans un département est lié de manière significative à un nombre moindre d'arrêts indemnisés pour les salariés du privé (6). On peut imaginer un effet régulateur exercé sur les médecins, comme sur les patients, ou au contraire une capacité de contrôle supérieure sur des demandes d'indemnisations déjà moins nombreuses pour d'autres raisons restant inconnues.

2) Une prescription ressentie comme complexe

a) Une tâche réellement complexe ?

Toutes les études concordent pour souligner la difficulté globale pour les médecins que représente la prescription des arrêts de travail, même si individuellement,

chaque situation singulière ne pose, le plus souvent, pas de problème. La quantification de cette difficulté est par contre incertaine, avec des chiffres divergents, à cause de la grande dépendance des résultats à la manière dont est posée la question (8, 41, 46).

b) Les causes de cette complexité

- Une carence de formation spécifique

Plusieurs travaux font état d'un manque de formation adaptée ressenti par les médecins généralistes. Or, il a été montré que des médecins ayant été formés plus spécifiquement aux questions relatives au travail prescrivent plutôt moins d'arrêts de travail (48).

- Un rôle ambivalent

Le médecin a une place intermédiaire entre le patient et ses intérêts d'une part, et la société d'autre part. Il est dans l'obligation déontologique d'apporter des soins de qualité à son patient, tout en étant économe des moyens à sa disposition (46).

Parallèlement, le médecin ayant un statut libéral peut aussi avoir à l'esprit des considérations d'ordre économique, avec la crainte de perdre son « patient – client » à qui il ne donnerait pas satisfaction. (18)

- Une absence de référentiels

L'évaluation du degré d'inaptitude est un élément primordial pour décider de prescrire ou non un arrêt. Cette appréciation reste largement à la discrétion du médecin, qui ne dispose pas de référentiels officiels, tout au plus des recommandations indicatives limitées établies par l'Assurance Maladie (5). L'absence de comparaison facile avec la norme ou même la moyenne de ses confrères renforce le sentiment de difficulté à déterminer le bien-fondé de la prescription.

- Une incertitude sur l'opportunité

Avant de décider de prescrire un arrêt de travail, le médecin doit avoir réussi à déterminer quelle était la nature des problèmes présentés par le patient. Une fois le diagnostic porté, il reste à le traduire dans sa composante sociale qu'est l'arrêt de travail. Comme pour toute prescription, l'évaluation du rapport bénéfice-risque peut guider la décision.

Parallèlement aux bénéfices pour la santé, les médecins ont à l'esprit les conséquences potentiellement néfastes de l'arrêt de travail sur le patient et son insertion sociale en particulier, avec le risque de chômage (27).

La détermination de la durée de l'arrêt de travail est difficile. Il s'agit d'un pari sur l'évolution de la pathologie du patient. La prévision est problématique, mais elle est paradoxalement souvent assez proche de la réalité observée ultérieurement (40).

- La gestion des désaccords

Les divergences entre les médecins et les patients peuvent donner lieu à des désaccords, parfois mal vécus par les praticiens. Cela peut conduire à prescrire des arrêts plus longs que nécessaire pour éviter les conflits avec les patients (18).

D. Le point de vue des patients

La perception du malade a moins été étudiée que celle des médecins, pour lesquels les études sont probablement moins complexes à mettre en œuvre. Les données de la littérature sont peu nombreuses, et souvent basées sur des analyses qualitatives descriptives.

1) Les attentes des patients

Il semble que même lorsqu'ils viennent en consultation pour obtenir un arrêt de travail, les patients attendent également d'autres éléments associés : des réponses aux questions qu'ils se posent sur leur pathologie, des conseils, des avis... (36). La qualité de la discussion et du temps accordé compte pour beaucoup dans l'appréciation de la consultation, même si l'arrêt de travail est le motif principal de la prise de rendez-vous.

Les patients ne perçoivent pas la discussion, voire la négociation à propos du travail et d'un éventuel arrêt de travail comme une menace pour la relation médecin-malade. Ils apprécient que le médecin pose des questions sur leur travail, leur degré d'incapacité, leur avenir professionnel.

Les patients décrivent une certaine anxiété avant une consultation en rapport avec un arrêt de travail, d'autant plus grande avec un médecin qui ne connaît pas leur histoire médicale et sociale. Effectuer le suivi avec le même médecin permettrait d'inscrire l'arrêt dans un contexte, avec une continuité du parcours médical.

Ils expriment également une crainte d'être perçus comme profitant du système. Celle-ci semble particulièrement importante dans les pathologies où les symptômes ne s'objectivent pas. L'arrêt de travail est souvent perçu comme une reconnaissance du statut de malade, face à l'employeur, la famille et la société.

Pour autant, arrêter le travail est parfois une décision difficile à accepter (25). Certains patients la repoussent pour des raisons personnelles ou professionnelles, qu'ils mettent en balance avec les bénéfices attendus sur leur douleur et leur santé. Mettre en difficulté l'entreprise ou ses collaborateurs est un frein important à l'arrêt de travail, tout comme l'image défavorable que la personne en arrêt peut avoir dans la société.

Les éléments qui favorisent la reprise du travail sont au contraire : une estime de soi très liée au travail, une possibilité d'adaptation du poste, la peur de perdre son emploi, la possibilité d'un temps partiel ou encore la présence d'un diagnostic clair.

Les objectifs de l'arrêt de travail, tels que perçus par les patients, ne sont parfois pas les mêmes que ceux des médecins (34). La guérison est un but largement dominant pour les patients. La reprise d'un travail adapté (avec des douleurs résiduelles par exemple) n'est un objectif que pour une minorité des patients, alors qu'il est plus présent chez les médecins.

2) L'évaluation de l'aptitude par les patients

Les patients semblent avoir tendance à estimer leur aptitude au travail comme assez semblable mais légèrement moins réduite que ce que pense leur médecin (41). Cette évaluation est dépendante de la pathologie en question et des conditions de travail.

3) Les refus d'arrêts de travail par les patients

Aucune donnée fiable sur la proportion de refus d'arrêt de travail par les patients n'est disponible. L'impression clinique est qu'il s'agit d'un phénomène non négligeable. Un patient qui refuse un arrêt de travail peut avoir de nombreuses raisons pour cela (15). La peur des conséquences professionnelles est la cause la plus fréquemment évoquée : crainte d'éventuelles sanctions, de perdre son emploi, ou de subir un reclassement professionnel. La prise en compte de la gêne pour autrui (employeur, collègues, clients...), la conscience professionnelle, la peur de conséquences personnelles et la perte de ressources sont également dans la balance. Enfin, la perception d'un état de santé considéré comme suffisant et la volonté de ne pas creuser les déficits sociaux sont aussi évoqués.

Ces patients qui refusent un arrêt évoquent souvent un problème de valeurs avec une place importante accordée au travail. Certains voient l'arrêt de travail comme un acte de lâcheté vis-à-vis de l'entreprise et des collègues qui en souffriraient. Les patients évoquent le regard des autres et le sentiment qu'ils refusent là où la plupart aurait accepté cet arrêt, ce qui leur donne une certaine fierté et peut créer de l'admiration de la part de leur entourage. La limite avec le présentéisme, qui consiste à ne pas s'absenter même quand on est clairement inapte à son poste est assez mince. Enfin, l'arrêt de travail confère, vis-à-vis de soi comme pour les autres un statut de malade, parfois difficile à accepter.

E. Conclusion

Cette courte étude bibliographique apporte plusieurs types de renseignements sur les arrêts de travail et leurs processus de prescription.

D'une part, les données statistiques descriptives permettent d'appréhender l'importance quantitative des prescriptions. L'impact des IJ est majeur sur les comptes de la Sécurité sociale. L'impact indirect sur les entreprises et la compétitivité est, lui, difficile à évaluer.

Des études, souvent étrangères s'attachent ensuite à comprendre les déterminants des prescriptions d'arrêts de travail et leurs importances relatives au-delà de la simple observation. Ces travaux sont généralement de faible ampleur et présentent parfois des résultats non-significatifs, voire divergents. Cependant, des caractéristiques des patients (sexe, âge, spécificités de l'emploi et pénibilité...) ou des médecins apportent des explications partielles à la variabilité de taux de prescriptions d'arrêts de travail. On voit aussi que l'arrêt est également une décision du patient, qui arbitre entre sa santé, et la volonté de se reposer d'une part, et des impératifs financiers, sociaux ou moraux d'autre part.

Enfin, une littérature faite d'études qualitatives, de plus en plus nombreuses, cherche à percevoir quels éléments, souvent moins objectifs, interviennent dans le processus de prescription. Dans une moindre mesure, elles s'intéressent également au versant patient, où beaucoup reste encore à faire.

Les études accordent globalement une grande influence au patient sur les décisions de prescriptions d'arrêts de travail. Il est important de comprendre quelles sont véritablement les attentes et les perceptions des patients dans ce domaine pour adapter nos prescriptions et nos explications, afin d'être à la fois efficaces et économes, et d'entraîner l'adhésion de nos malades.

L'objectif principal de l'étude présentée dans cette thèse était de déterminer, à partir d'une série de cas cliniques représentatifs des consultants en médecine générale, si les patients et leurs médecins posent les mêmes indications d'arrêts de travail.

2. Méthode

Afin de déterminer si les patients perçoivent les mêmes indications d'arrêts de travail que les médecins, les deux groupes ont été interrogés à partir d'une même série de huit cas cliniques fictifs pour lesquels il leur était demandé de se prononcer sur l'opportunité de prescrire un arrêt, ainsi que sa durée éventuelle.

A. Etablissement du questionnaire

La sélection des pathologies présentées dans les cas cliniques s'est opérée en retenant des situations donnant souvent lieu à des prescriptions d'arrêts de travail en médecine générale (20) tout en étant fréquemment rencontrées en pratique quotidienne.

Les problèmes de santé présentés étaient :

- Cas n°1 : lumbago
- Cas n°2 : harcèlement au travail
- Cas n°3 : grippe
- Cas n°4 : angine virale
- Cas n°5 : dépression
- Cas n°6 : entorse de cheville
- Cas n°7 : gastro-entérite
- Cas n°8 : fatigue chez une femme enceinte.

Chaque situation clinique était explicitée de manière simple en privilégiant des termes facilement compréhensibles par les patients, tout en restant précis. L'âge, le sexe et la profession du malade étaient mentionnés.

La consigne accompagnant les cas était de considérer que chaque patient consultait un lundi en début de matinée avant de se rendre à son travail, et bénéficiait du traitement adapté à son problème de santé. Seule restait à trancher la question d'un éventuel arrêt de travail.

Le sexe et l'âge des participants ont également été recueillis.

En complément, il était demandé aux médecins de préciser leur mode d'activité (libéral, salarié ou mixte) ainsi que l'existence éventuelle d'exercices particuliers (médecine du sport, homéopathie, ostéopathie...).

Les patients ont eu à répondre à des questions complémentaires à propos de leur emploi, de la pénibilité et de la satisfaction procurées par celui-ci, de leur dernier arrêt de travail, ainsi qu'à propos d'un éventuel refus d'arrêt de travail.

Enfin, les deux groupes ont été consultés sur l'influence que les patients ont d'une manière générale sur les médecins dans la décision de prescrire un arrêt de travail.

Les questionnaires ont été soumis à une dizaine de médecins et autant de patients afin d'en vérifier la compréhensibilité, en particulier au niveau des cas cliniques. Certains libellés ont été légèrement modifiés pour lever des ambiguïtés. Les huit cas et la consigne générale ont été validés comme facilement compréhensibles.

Les questionnaires ont été mis en ligne en utilisant Google DriveTM, qui est une application internet permettant entre autres de soumettre un questionnaire auto-administré et d'en récupérer instantanément les résultats sous forme de tableur.

Les questionnaires proposés aux médecins sont en Annexe 1 et ceux proposés aux patients sont en Annexe 2.

B. Recrutement des médecins participants

La population cible de médecins comportait l'ensemble des généralistes libéraux installés en Isère, réalisant une activité de "médecine générale - médecine de famille" au sens de la Wonca (47).

Avec un objectif minimal d'inclusion de 50 médecins généralistes, et un taux de réponse estimé à au moins 25 %, il a été déterminé un nombre de 200 médecins à prospector.

La liste des 200 médecins a été établie à partir d'une sélection aléatoire d'autant de médecins généralistes libéraux sur l'annuaire. Cette opération s'est effectuée le 29 septembre 2013.

La base de données utilisée est celle du site internet PagesJaunes (www.pagesjaunes.fr) et la recherche a inclus l'ensemble des "médecins généralistes" inscrits en Isère, soit 1090 réponses. Chaque recherche donne l'ensemble des professionnels classés par ordre alphabétique à partir d'un premier nom de médecin, sélectionné aléatoirement (au-delà de la toute première réponse, de nature publicitaire, qui reste identique). Le nom et le numéro de téléphone du médecin arrivant en tête étaient alors notés et la recherche était relancée. Les médecins pratiquant dans des structures d'urgences libérales n'ont pas été retenus. Lorsque la recherche a renvoyé un cabinet et

pas un nom de médecin, une recherche complémentaire a été menée pour vérifier si les médecins étaient également inscrits individuellement, auquel cas, la recherche était relancée sans inclusion, ou si seul le cabinet était présent dans l'annuaire et non chaque médecin le composant. Le nom du premier médecin du cabinet, par ordre alphabétique, était alors retenu.

Le processus a été arrêté lorsque 200 coordonnées téléphoniques de médecins ont été recueillies.

Les médecins ont été appelés individuellement pour présenter le travail de thèse et demander leur accord pour participer, ainsi que, dans l'affirmative, récupérer leur adresse e-mail pour leur envoyer le questionnaire et des explications plus complètes.

Lorsqu'il a été impossible de communiquer directement avec le médecin, l'adresse e-mail a été demandée auprès du secrétariat.

Quand l'appel est resté sans réponse, deux nouvelles tentatives ont été faites à des horaires différents, avant de déclarer le médecin injoignable.

Les appels téléphoniques aux médecins ont été passés entre le 30 septembre 2013 et le 7 novembre 2013.

Un e-mail explicatif, avec un lien vers le questionnaire en ligne, a été adressé aux médecins dans les jours suivant l'appel téléphonique s'ils étaient d'accord et avaient fourni une adresse internet valide. Le message qui leur a été adressé se trouve en annexe 4.

En l'absence de réponse, une unique relance a été envoyée, après un délai minimal d'une semaine à la suite du premier message.

C. Recrutement des patients participants

Les médecins ayant communiqué leur adresse e-mail ont été sollicités, en plus de la réponse au questionnaire, pour inclure des patients. Ce recrutement concernait pour chaque médecin huit patients consécutifs correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.

- Critères d'inclusion : patient de 18 à 60 ans inclus, consultant pour lui-même, quel que soit le motif de consultation.
- Critères d'exclusion : absence d'adresse e-mail personnelle, mauvaise maîtrise du français écrit, refus de participation.

L'inclusion s'effectuait en pratique en récupérant l'adresse e-mail personnelle du patient et en la communiquant à l'investigateur.

Un message internet explicatif avec un lien vers le questionnaire en ligne a été adressé aux patients dans les jours suivant la récupération de leurs coordonnées. Le message adressé aux patients se trouve en annexe 3.

En l'absence de réponse, une unique relance a été envoyée, après un délai minimal d'une semaine à la suite du premier message.

D. Recueil et traitement des données

Le recueil de données s'est effectué sur une période de deux mois, du 30 septembre 2013 au 30 novembre 2013.

Les réponses ont été traitées de manière anonyme en employant Microsoft Excel 2010 et le logiciel de statistiques XLstat Version 2013.5.06.

Le seuil de significativité retenu pour les différents tests statistiques a été classiquement de 95 % (soit $p < 0,05$).

Le fichier a été déclaré à la CNIL sous le numéro 1699215v0.

E. Critères d'analyse

Le critère d'analyse principal est la comparaison des nombres de jours d'arrêts de travail indiqués par les médecins d'une part, et par les patients d'autre part pour la série de huit cas cliniques.

Les critères secondaires sont les comparaisons en fonction des pathologies présentées, ainsi qu'en fonction des caractéristiques des participants.

3. Résultats

A. Résultats du processus d'inclusion des médecins

Sur les 200 médecins sélectionnés de manière aléatoire, quatre ne correspondaient finalement pas aux critères après prise de contact, exerçant dans des structures d'urgences libérales à Bourgoin-Jallieu et Grenoble.

Il a été impossible de joindre directement ou par leur secrétariat 18 médecins sur les 196 retenus. Par ailleurs, cinq autres médecins n'ont pu être interrogés pour des raisons identifiées au niveau de leur secrétariat (quatre arrêts d'activité et un congé maternité).

Sur les 173 médecins joints, 58 ont refusé de participer et n'ont en conséquence pas fourni d'adresse e-mail, dont sept en mettant en avant l'absence d'adresse e-mail fonctionnelle.

Au total, 115 messages électroniques d'invitation à participer ont donc été adressés aux médecins, dont trois n'ont pu être délivrés, à cause d'adresses invalides.

Au final, ce sont donc 112 médecins qui ont donc été sollicités par e-mail, (soit 56 % de l'échantillon initial sélectionné aléatoirement).

A l'issue du recueil des données, 74 réponses ont été enregistrées au questionnaire « médecins », sur les 196 praticiens correspondant aux critères d'inclusion. Aucune réponse n'a été considérée comme manifestement incohérente et les 74 réponses ont été analysées par la suite. La participation finale s'établit donc à 37.8 %. La participation rapportée au total des médecins ayant accepté de recevoir la sollicitation par mail est de 74 sur 112, soit 66.1 %.

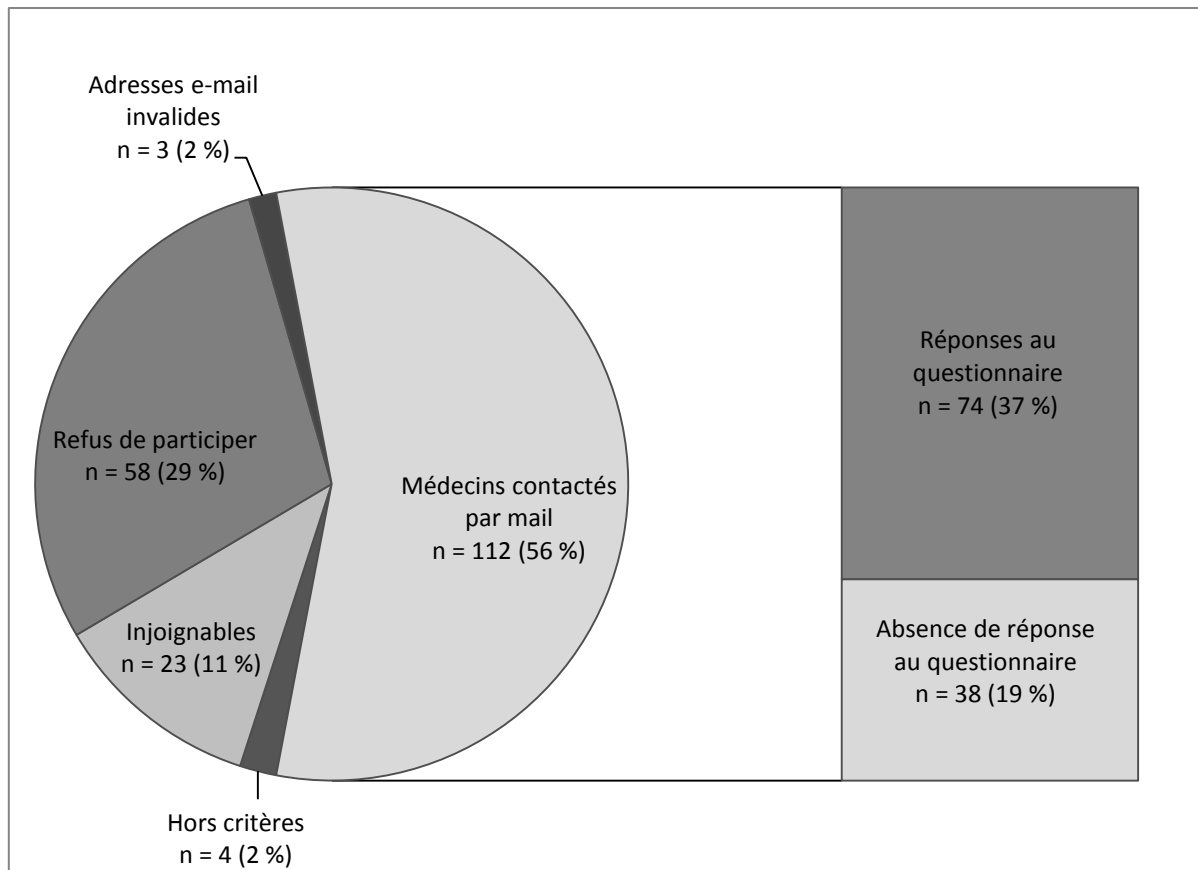


Figure 1 : répartition des 200 médecins sélectionnés, lors du processus d'inclusion.

B. Résultats du processus d'inclusion des patients

Ce sont les médecins participants à qui il a été demandé d'inclure des patients. Vingt médecins ont effectivement recruté des patients dans le cadre de l'étude, et ont transféré les adresses e-mail à l'investigateur. Il s'agit de onze hommes et neuf femmes, avec un âge moyen de 46,3 ans.

De une à douze adresses ont été envoyées par médecin participant, pour un nombre total de 126, soit une moyenne de 6,3 inclusions par médecin.

Cinq adresses se sont révélées inexactes, renvoyant un message d'erreur.

Au final, 96 réponses au questionnaire ont été enregistrées sur les 121 invitations envoyées (taux de 79.3 %). Deux ont été exclues pour inadéquation avec les critères d'inclusion / exclusion (âges de 63 et 67 ans). Un questionnaire rapportant des réponses manifestement incohérentes a été écarté également. L'analyse porte donc sur 93 patients.

Les données ont été ajustées sur les points relatifs au secteur d'activité, ainsi que la cotation de la pénibilité et de la satisfaction en supprimant les valeurs des patients non

concernés du fait de leur catégorie socio-professionnelle mais ayant tout de même répondu. Il s'agit des catégories « étudiant sans activité salariée », « chômeur », « retraité » et « sans activité professionnelle ».

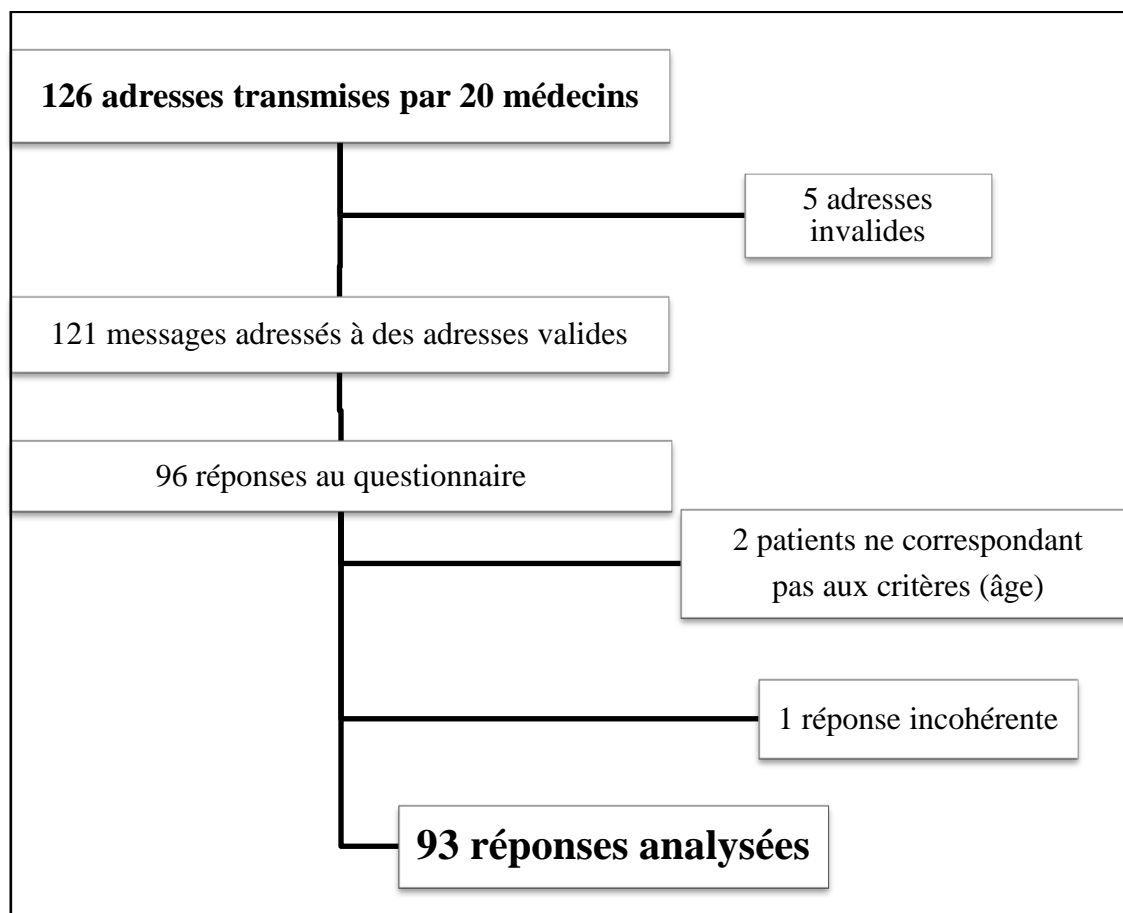


Figure 2 : Processus d'inclusion des 93 patients retenus pour l'analyse statistique

C. Caractéristiques de la population « médecins »

Les 74 médecins ayant répondu au questionnaire se répartissent de manière assez équilibrée entre hommes et femmes : 35 femmes pour 39 hommes.

Initialement, les 196 médecins correspondant aux critères d'inclusion étaient 76 femmes et 120 hommes.

Le taux de réponse a donc été supérieur parmi les médecins femmes que chez les hommes, avec 46.1 % contre 32.5 %, mais cette différence de proportion n'est pas significative ($p = 0,204$, test du Chi2).

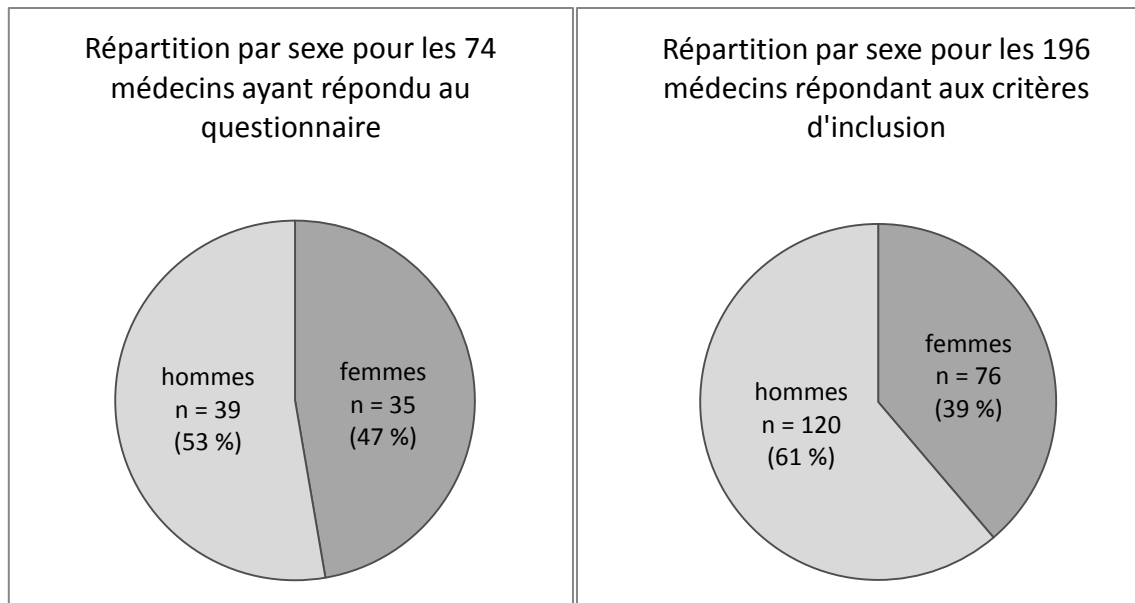


Figure 3 : répartition hommes / femmes dans l'échantillon initial de médecins et les participants.

L'âge des médecins ayant répondu est compris entre 29 ans et 68 ans avec une moyenne de 49.7 ans. L'absence de données sur l'âge des médecins n'ayant pas répondu ne permet pas de savoir si les classes d'âge se répartissent de manière différentielle entre répondants et non-répondants.

L'âge moyen des médecins femmes est de 44.3 ans, contre 54,5 ans chez les médecins hommes. La différence est significative ($p < 0.0001$ en test Z).

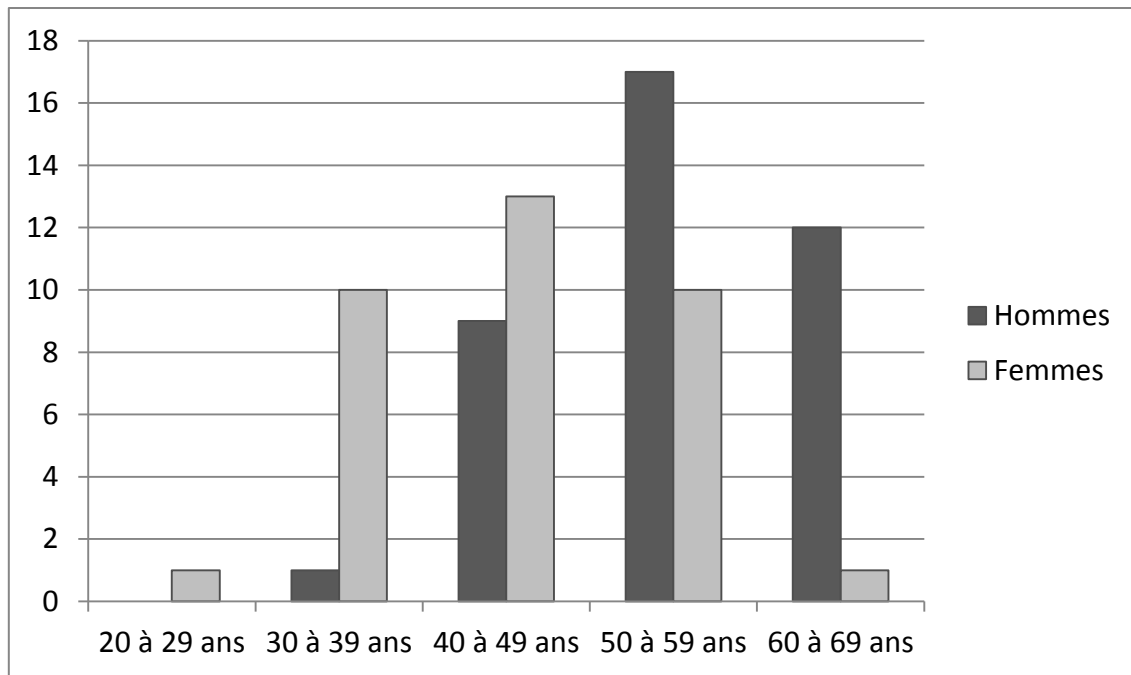


Figure 4 : répartition de l'âge des médecins participants. Effectifs de médecins de chaque sexe par tranche d'âge.

La répartition entre types d'activités montre 69 médecins libéraux et 5 médecins exerçant de manière mixte avec une activité libérale et une activité salariée. Aucun ne déclare une activité salariée uniquement, conformément aux critères d'inclusion.

Les exercices particuliers concernent une minorité de médecins (18 sur 74), avec parmi les plus représentés : la médecine du sport (6), l'homéopathie (4), l'acupuncture (3) et l'ostéopathie (3).

D. Caractéristiques de la population « patients »

Les 93 patients analysés se répartissent de manière inégale en 35 hommes et 58 femmes, soit 62.4 % de femmes.

L'ensemble des catégories socio-professionnelles telles qu'exprimées dans le questionnaire est représenté, avec 13 "Artisans / commerçants / chefs d'entreprises / libéraux", 9 "Cadres", "11 Professions intermédiaires", 42 "Ouvriers / employés", 4 "Etudiants sans activité salariée", 8 "Chômeurs", 5 "Sans activité professionnelle" et 1 "Retraité".

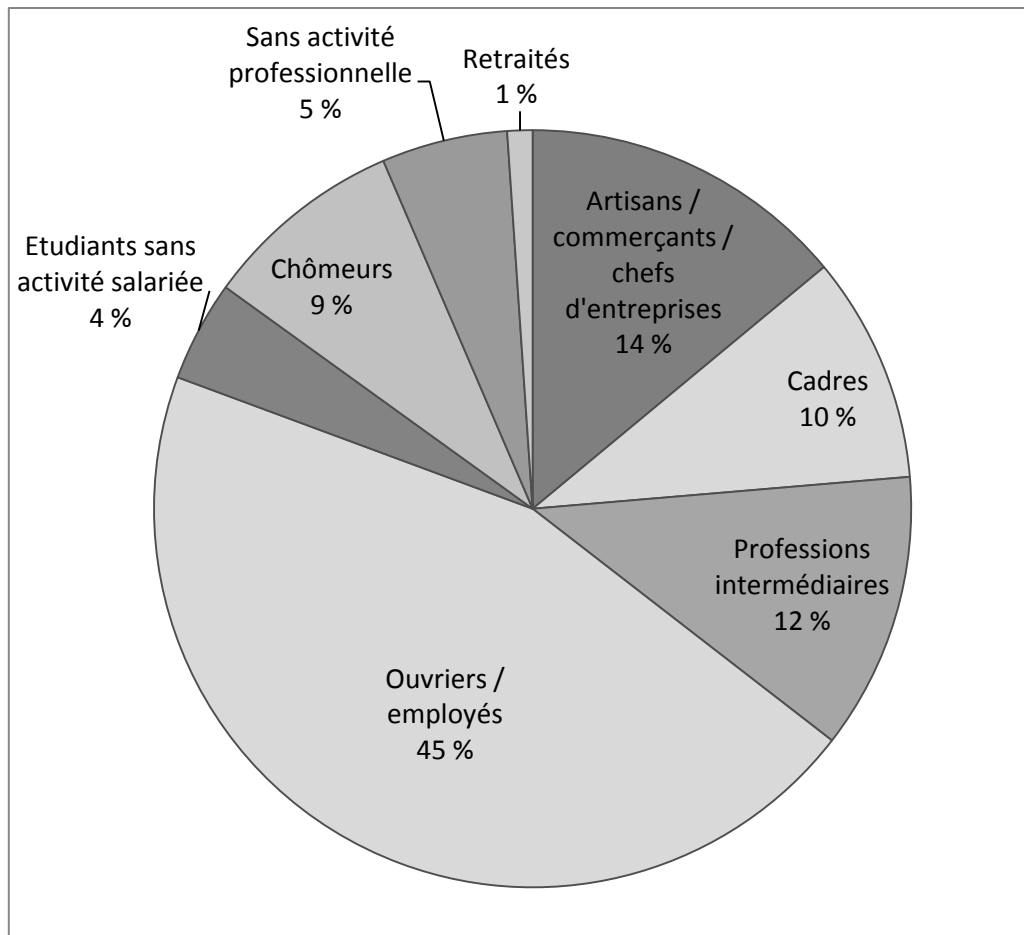


Figure 5 : répartition des patients dans les différentes catégories socio-professionnelles

Le secteur public intéresse 25 des 75 patients concernés par la distinction public / privé, soit 33.3 %.

La pénibilité physique, cotée de 0 à 5 par les 75 patients exerçant une activité professionnelle, a été en moyenne de 1,77, avec des valeurs extrêmes de 0 à 5. La pénibilité psychologique a été en moyenne de 2,97, avec des valeurs extrêmes de 0 à 5 également.

La satisfaction dans le travail cotée de 0 à 5 par les 75 patients exerçant une activité professionnelle a été en moyenne de 3,19, avec des valeurs extrêmes de 0 à 5.

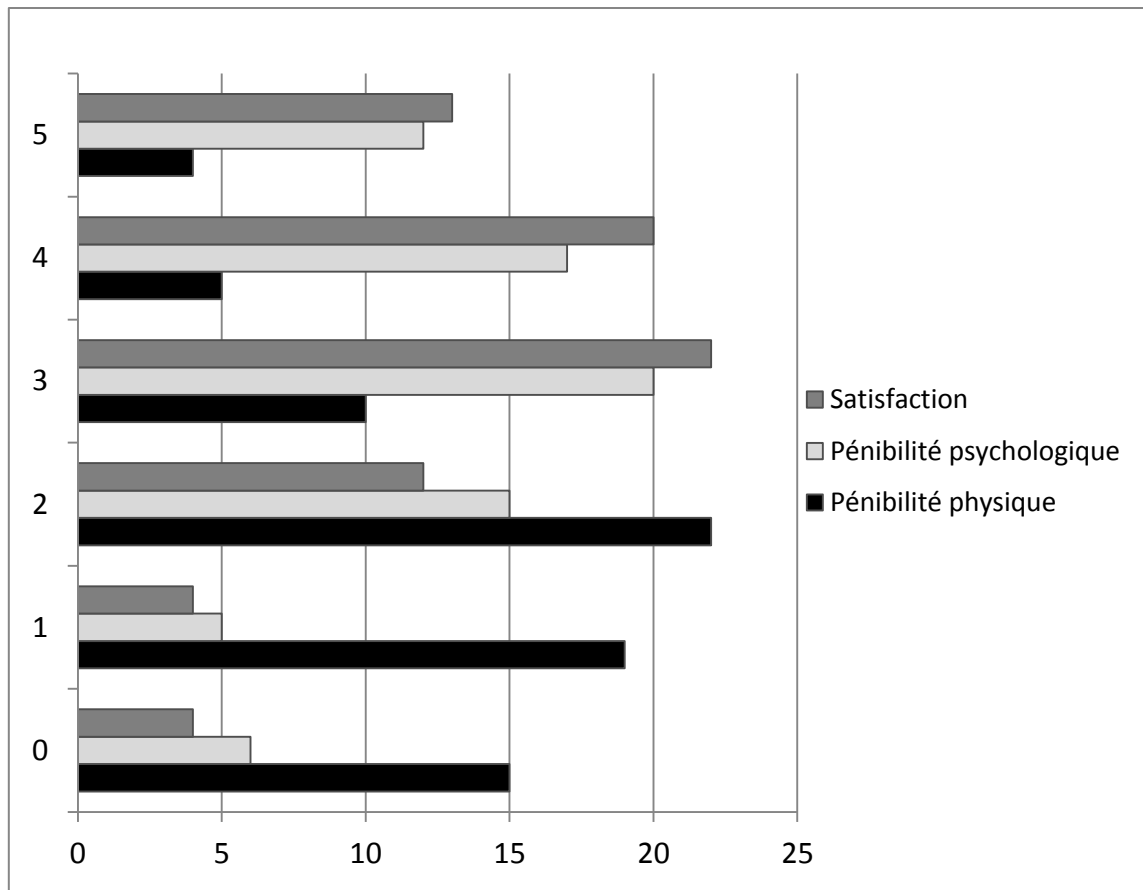


Figure 6 : Répartition des patients en fonction des niveaux de pénibilité et de satisfaction dans le travail, cotés de 0 à 5.

Interrogés sur l'ancienneté de leur dernier arrêt de travail, les 93 patients étaient 22.6 % (21 sur 93) à ne rapporter aucun arrêt de travail par le passé. A l'inverse, 15.1 % (14 sur 93) étaient en arrêt au moment de leur réponse au questionnaire. Les 58 patients restants ont déclaré avoir été en arrêt de travail par le passé.

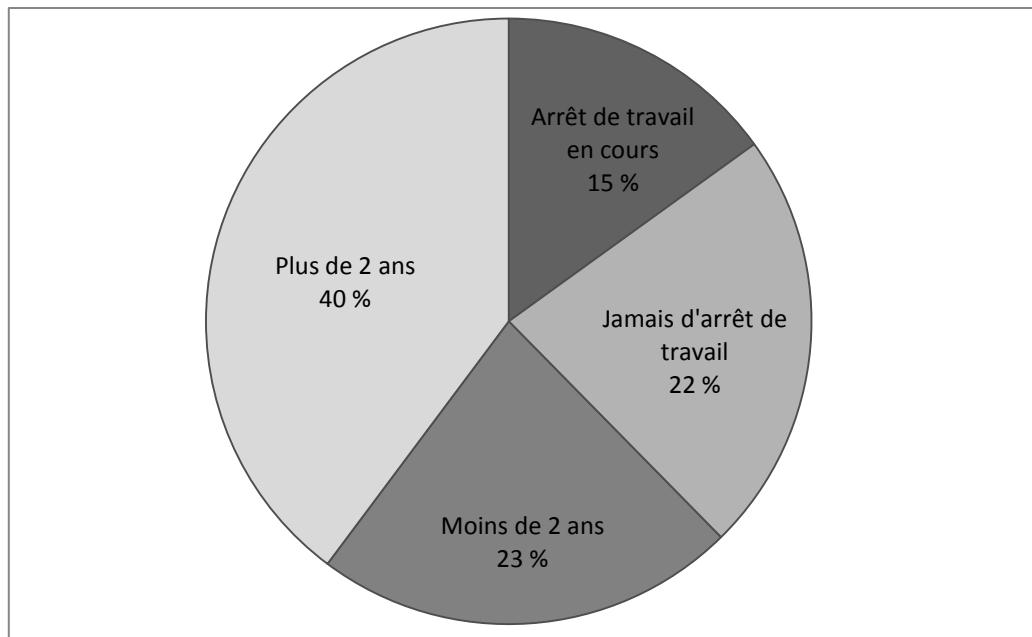


Figure 7 : Répartition des patients en fonction de leur dernier arrêt de travail

A la question de savoir qui de leur médecin traitant ou d'eux-mêmes était le mieux placé pour savoir si un arrêt de travail devait leur être prescrit, 33 des 93 patients interrogés (35,5 %) estimaient être les plus à-mê me de prendre cette décision.

E. Résultats des questions sur les cas cliniques chez les médecins.

Le nombre total de jours d'arrêts de travaux "prescrits" par les médecins pour la série de huit cas cliniques est compris entre 11 et 157 jours, avec une médiane de 40 jours et une moyenne de 44,8 jours. Cela représente en moyenne 5,6 jours pour chaque patient fictif.

Le nombre de jours d'arrêts moyen est différent entre les médecins hommes (49,0 jours) et les médecins femmes (40,1 jours) mais le seuil de significativité n'est pas atteint ($p = 0,111$ en test Z).

En analysant les cas cliniques individuellement en fonction du sexe du médecin, on retrouve une tendance vers des prescriptions de plus de jours d'arrêts par les médecins hommes dans six cas sur huit. La différence atteint le seuil de significativité dans deux de ces cas (n°1 et 6).

	Médecins Hommes	Médecins Femmes	p-value
Cas n°1 (lumbago)	4,05	2,40	0,002*
Cas n°2 (harcèlement)	10,95	7,89	0,083
Cas n°3 (grippe)	3,90	4,20	0,542
Cas n°4 (angine)	2,62	1,94	0,073
Cas n°5 (dépression)	7,69	9,56	0,253
Cas n°6 (entorse)	5,44	2,31	< 0,001*
Cas n°7 (gastro-entérite)	2,26	2,03	0,333
Cas n°8 (fatigue / grossesse)	12,10	9,63	0,420

Tableau 1 : nombres moyens de jours d'arrêts de travail prescrits en fonction du sexe des médecins. * significativité à 5% en test Z.

Concernant l'âge des médecins, la tendance est celle d'une plus grande prescription avec l'augmentation de l'âge des médecins, mais il n'existe pas de corrélation statistiquement significative ($p = 0,196$, $R^2 = 0.023$).

F. Résultats des questions sur les cas cliniques chez les patients

Les nombres totaux de jours d'arrêts de travail indiqués par les patients sont compris entre 6 et 122 jours, avec une médiane de 35 jours et une moyenne de 36,8 jours. Cela représente 4,60 jours en moyenne pour chaque patient fictif.

Le nombre moyen de jours d'arrêts est semblable pour les femmes et les hommes, respectivement 36,9 et 36,5 jours ($p = 0,93$ en test Z). Il n'existe pas non plus de différence significative pour chaque cas pris individuellement entre hommes et femmes.

Il n'existe pas de corrélation significative entre l'âge du patient et le nombre de jours d'arrêts de travail indiqué ($p = 0,795$, $R^2 = 0,001$). Aucune tendance même non significative ne se dégage.

Il n'existe pas de corrélation significative entre la pénibilité physique, la pénibilité psychologique et la satisfaction au travail d'une part, et le nombre de jours d'arrêts de travail indiqué d'autre part. Les p-value des tests de corrélation sont respectivement de 0,178, 0,486 et 0,176.

Les patients appartenant au secteur public ont indiqué en moyenne 39,2 jours d'arrêts de travail, contre seulement 34,6 jours pour les patients du secteur privé. Pour

autant, les valeurs ne sont pas significativement différentes ($p = 0,301$ en test de Mann-Whitney).

Le nombre de jours d'arrêts de travail indiqué n'est pas le même selon les catégories socio-professionnelles. Les moyennes sont indiquées sur le graphique suivant.

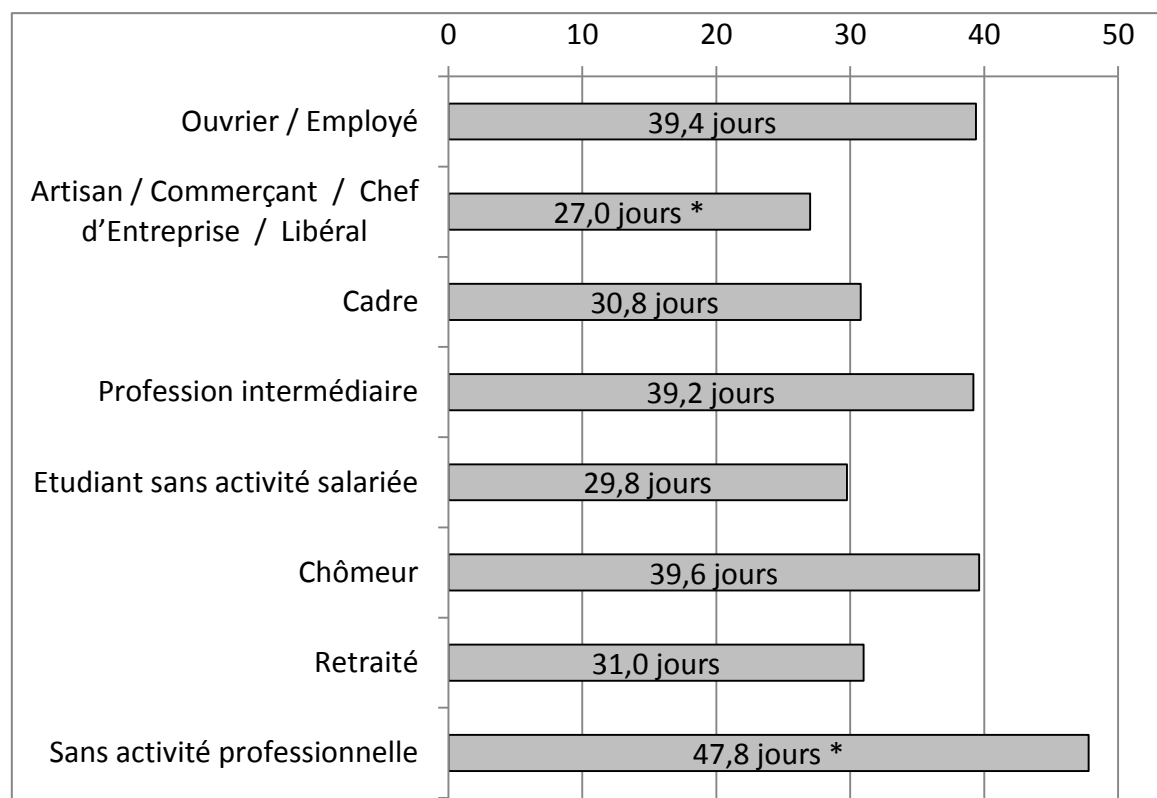


Figure 8 : nombre moyen de jours indiqué par les patients pour les huit cas cliniques en fonction des catégories socio-professionnelles. * significativité au seuil de 5 %.

La recherche de différence significative entre les groupes socio-professionnels fait appel à un test de "rang", le test de Mann Whitney, les groupes étant de faible effectif, et les répartitions non-normales. Chaque groupe a été comparé au reste de la population de l'étude. Les groupes qui se démarquent de la population générale des patients étudiés sont les « artisans / commerçants / chefs d'entreprise / libéraux » ($p = 0,021$) et les personnes sans activité ($p = 0,036$) pour lesquels la répartition des valeurs est différente de celle du reste de la population. Les autres groupes socio-professionnels ne présentent pas individuellement de répartition significativement différente du reste des patients.

Concernant l'influence que les patients estiment avoir sur leur médecin à propos de la prescription d'arrêts de travail, il n'existe pas de répartition significativement

différente des nombres totaux de jours en fonction des catégories. La moyenne est de 36,4 jours pour les patients estimant n'avoir aucune influence, 34,9 jours pour une faible influence, 41,2 pour une influence importante et 31,3 pour une influence très importante ($p = 0,415$ en test de Kruskal-Wallis).

Cinq patients sur 93 (5,4 %) disent s'être déjà vus refuser un arrêt de travail. Parmi ceux-ci, le nombre moyen de jours indiqué était de 35,2 contre 36,9 pour les autres. Cette différence n'est pas significative ($p = 0,912$ en test de Mann-Whitney).

Trente-trois patients sur 93 (35,5 %) estiment être plus en mesure que leur médecin de décider d'un éventuel arrêt de travail. Le nombre de jours d'arrêts parmi ceux-ci n'est pas statistiquement différent des patients pour qui leur médecin est le plus à-même de décider (37,0 jours contre 36,7 jours, $p = 0,941$ en test Z).

Concernant le dernier arrêt de travail, les valeurs des quatre catégories ne sont pas statistiquement semblables ($p = 0,005$ en Test de Kruskal-Wallis). En utilisant une procédure de comparaisons multiples, on retrouve une seule catégorie significativement différente comparée aux autres patients participants : « Arrêt de travail en cours » ($p = 0,006$ en test de Mann-Whitney). La moyenne dans cette catégorie qui regroupe 22,6 % des patients est supérieure aux autres à 53,0 jours.

G. Comparaison des résultats entre patients et médecins

Le nombre moyen de jours indiqué par les patients d'une part et les médecins d'autre part est du même ordre de grandeur et varie de manière assez semblable d'un cas à l'autre.

Cependant, les sommes moyennes des jours d'arrêts de travail indiqués pour les huit cas cliniques par les patients et les médecins sont significativement différentes sur le plan statistique, avec 36,8 jours pour les patients et 44,8 jours pour les médecins ($p = 0,022$ en test Z). Le volume de jours indiqué par les médecins est de 21,7 % supérieur à celui des patients.

La comparaison des durées indiquées par les médecins d'une part, et les patients d'autre part, montre des différences à l'échelle de chaque cas. Ainsi, on note une durée significativement moins longue dans trois cas sur les huit (lumbago, harcèlement et dépression). La durée est à l'inverse plus longue dans un cas (angine). Les quatre autres

cas ne font pas apparaître de différence significative entre patients et médecins sur les durées moyennes.

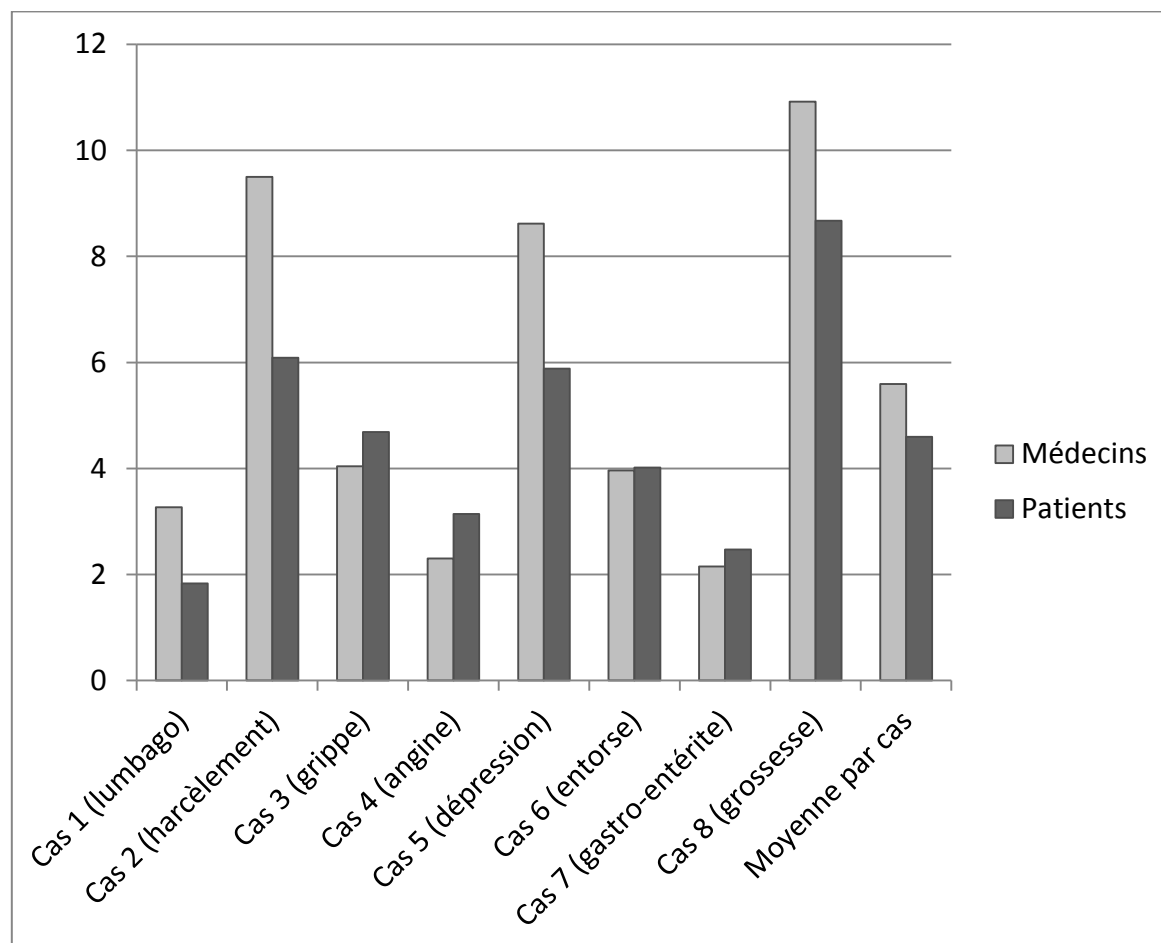


Figure 9 : Nombre moyen de jours d'arrêts de travail indiqué par les médecins et les patients pour chaque cas.

L'analyse basée sur le critère arrêt de travail (quelle que soit la durée) ou absence d'arrêt de travail au niveau de chaque cas clinique permet de déterminer la proportion des participants posant l'indication d'un arrêt de travail. Ces proportions ont été comparées entre médecins et patients. On observe une différence significative pour les cas de dépression, harcèlement et lumbago, avec pour ces trois situations, un nombre de non-prescriptions plus élevé pour les patients que pour les médecins.

Au total, les patients ont répondu "pas d'arrêt de travail" à 206 reprises, ce qui représente 34,8 % des situations qui leur ont été soumises. Parallèlement, les médecins ont répondu "pas d'arrêt de travail" 106 fois, ce qui représente 17,9 % des situations soumises. La différence est significative ($p < 0.0001$ en test du χ^2).

	Nombre moyen de jours pour les médecins	Nombre moyen de jours pour les patients	p-value (test Z)	refus d'arrêt de travail par les médecins	refus d'arrêt de travail par les patients	p-value (Chi ²)
Cas 1	3,27	1,83	< 0,0001*	13	35	0,004*
Cas 2	9,50	6,09	0,005*	10	34	0,001*
Cas 3	4,04	4,69	0,079	7	6	0,471
Cas 4	2,30	3,14	0,0044*	15	16	0,613
Cas 5	8,62	5,88	0,014*	13	42	< 0,0001*
Cas 6	3,96	4,02	0,923	27	33	0,893
Cas 7	2,15	2,47	0,106	5	13	0,135
Cas 8	10,92	8,67	0,214	16	27	0,135
Moy. par cas	5,60	4,60	0,022*	13,25	25,75	< 0,0001*

Tableau 2 : nombres de jours moyens et nombres d'arrêts de travail refusés en fonction des cas pour les médecins et les patients. * significativité au seuil de 5 %

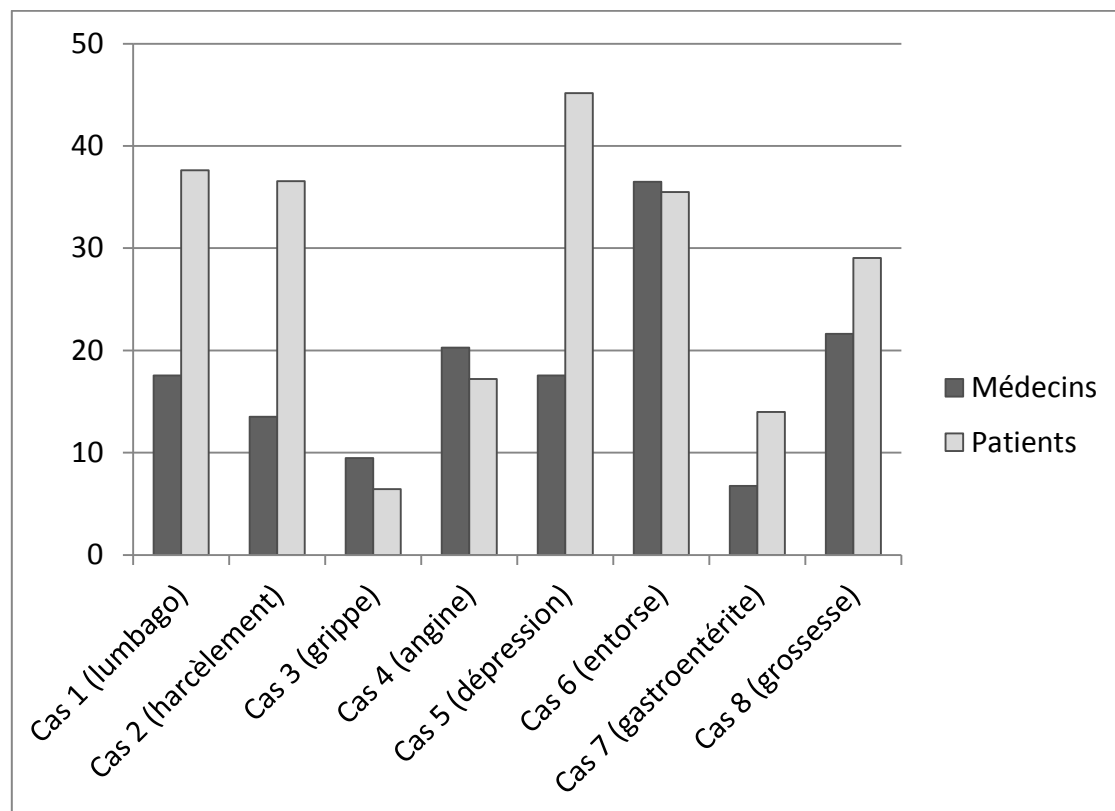


Figure 10 : pourcentages de refus d'arrêts de travail par les médecins et les patients pour chaque cas.

H. Influence ressentie des patients sur les médecins

Les patients et les médecins ont répondu de manière assez similaire à la question de l'influence du malade sur la prescription d'arrêts de travail. 39,8 % des patients et 47,3 % des médecins jugent cette influence importante ou très importante. Seuls 17,2 % des patients et 13,5 % des médecins jugent cette influence nulle.

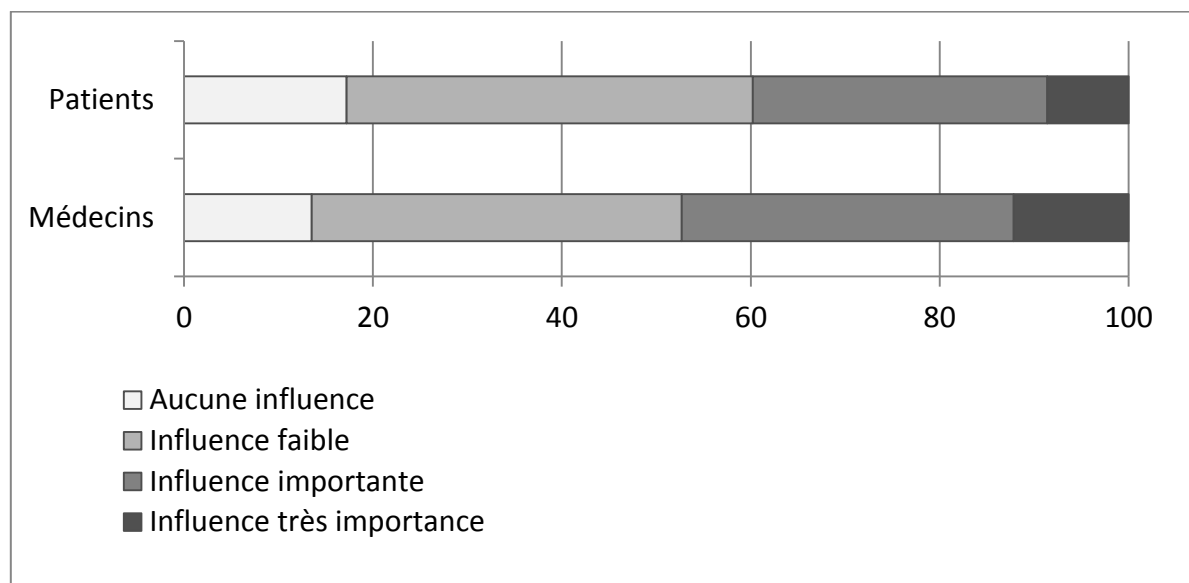


Figure 11 : évaluation de l'influence du malade sur la prescription d'arrêts de travail, par les médecins et les patients

4. Discussion

A. Discussion des résultats de l'étude

Les résultats comparés des arrêts de travail prescrits par les médecins et indiqués par les patients à propos des cas cliniques identiques sont du même ordre de grandeur. Les durées sont similaires entre médecins et patients pour certains des cas, alors qu'elles varient fortement entre les cas, montrant une relative concordance. La comparaison des nombres totaux de jours d'arrêts montre cependant une différence significative sur le plan statistique. Le nombre de jours d'arrêts de travail pour cette série de huit situations médicales typiquement vues en médecine générale est moins élevé lorsque la décision est confiée aux patients plutôt qu'aux médecins. Cette différence est également démontrée individuellement pour trois des huit situations soumises aux participants. Une part significative de cette différence est portée par des refus de prescriptions plus nombreux de la part des patients.

On note parmi les patients une grande variabilité des durées d'arrêts de travail indiquées, de 6 à 122 jours. Celle-ci est également importante au niveau des médecins, avec des durées totales allant de 11 à 157 jours, concernant une série identique de huit cas cliniques. Cette variabilité avait déjà été mise en évidence dans une étude finlandaise sur les seuls médecins avec entre 42 et 165 jours pour une série de 19 cas cliniques (29).

L'indemnisation moyenne en France d'une journée d'arrêt de travail par l'Assurance Maladie était de 31 € en 2010 pour le dernier chiffre connu (31). Cela représente donc, pour les médecins de cette étude des indemnisations allant de 341 à 4867 € pour l'ensemble des huit cas cliniques. Il s'agit d'une approximation ne tenant pas compte des délais de carence pour les non-fonctionnaires et donc majorée par rapport aux IJ qui seraient versées par l'Assurance Maladie. Cependant, elle ne tient pas compte non plus des compléments fréquemment versés par les entreprises et de la perte de productivité qui découle des arrêts de travail.

L'intérêt d'interroger des patients réside dans la grande influence des malades sur les prescriptions d'arrêts de travail. Ainsi, 47,3 % des médecins reconnaissent que les patients ont, d'une manière générale, une influence importante ou très importante sur les décisions en la matière. On note, parallèlement, que 35.5 % des patients s'estiment, à tort ou à raison, plus en mesure que leur médecin de prendre la décision de l'arrêt de travail.

Par ailleurs, dans de nombreux systèmes de santé à l'étranger (Belgique, Allemagne, Pays-Bas...) il existe un système d'auto-certification pour les premiers jours d'un arrêt de travail. C'est alors le salarié qui prend seul la décision, en fonction de ses propres critères. Un tel système a des avantages, en particulier en n'imposant pas de consultation dès le début d'une affection, uniquement pour établir un formulaire d'arrêt de travail, alors qu'il n'existe pas forcément de traitement particulier à instaurer. La confiance dans le patient et sa capacité de jugement est nécessaire pour adopter cette mesure.

1) Analyse individuelle des cas

Les deux cas présentant un motif psychologique (harcèlement et dépression), ainsi que le lumbago ont été à l'origine d'un nombre moyen de jours significativement plus réduit par les patients que par les médecins. L'analyse montre que cette moyenne plus basse trouve en partie son explication par un nombre plus élevé de non-prescriptions d'arrêt de travail de la part du groupe patient, c'est-à-dire qu'ils jugeaient cet arrêt de travail non justifié. Cependant, on retrouve également une situation inverse dans un des cas (angine virale). Dès lors, il paraît évident que la nature de la pathologie est particulièrement importante à prendre en compte dans l'analyse.

Pour l'analyse de chaque cas, il sera fait référence aux recommandations de l'Assurance Maladie (référentiels de durée) établies pour une cinquantaine de pathologies (5). Ceux-ci se basent sur la littérature lorsqu'elle est disponible, et ont donné lieu à des avis de la HAS. Cependant, l'absence de données fiables dans la plupart des situations d'une part, et le conflit d'intérêt évident de l'Assurance Maladie en la matière d'autre part, grèvent la valeur des chiffres donnés dans les référentiels. La formulation est d'ailleurs prudente, en insistant sur l'aspect purement indicatif et non opposable ainsi que sur l'adaptation individuelle nécessaire.

Le tableau 3 récapitule les recommandations existantes et les compare aux moyennes des jours attribués par les patients et les médecins. On note une diversité dans les situations avec des périodes nettement plus longues ou plus courtes selon les pathologies.

a) Cas n° 1 : lumbago

Le cas présente la situation d'une secrétaire de 50 ans souffrant d'un lumbago peu invalidant, tendant spontanément à l'amélioration. Les patients attribuent en moyenne 1,83 jours d'arrêt de travail. Les médecins significativement plus, avec 3.27 jours.

Les recommandations de la Sécurité sociale dans cette situation de travail sédentaire proposent un arrêt d'un jour pour un lumbago isolé, mentionnant la possibilité de ne pas interrompre le travail.

En France, on dispose également d'une recommandation ANAES relativement ancienne de 2000 (3). « La poursuite des activités ordinaires compatible avec la douleur semble souhaitable. La poursuite ou la reprise de l'activité professionnelle peut se faire en concertation avec le médecin du travail ».

L'idée de maintenir ou reprendre rapidement les activités habituelles pour éviter la chronicisation des douleurs est maintenant assez partagée. La prescription de cinq jours ou plus d'arrêt par 24 des 74 médecins (32,4 %) peut donc paraître surprenante chez une patiente au travail sédentaire et aux symptômes somme toute peu marqués.

Au total, 55 des 74 médecins, soit 74,3 % prescrivent une durée supérieure à la recommandation de la Sécurité sociale. Côté patients, ils ne sont que 45 sur 93, soit 48,3 % à indiquer une durée au-delà de la recommandation.

b) Cas n° 2 : harcèlement

Le cas présente la situation d'un routier développant une anxiété suite à un sentiment de harcèlement professionnel de la part de sa hiérarchie.

Ce cas correspond partiellement à la situation d'un référentiel de la Sécurité sociale « trouble anxio-dépressif mineur », avec une durée indicative de 15 jours. Cependant la définition de cette entité n'est pas claire, et ici, c'est le harcèlement qui est au premier plan. Aucune recommandation officielle n'existe dans cette indication précise. Les avis peuvent être partagés sur l'opportunité d'un arrêt de travail, avec comme avantages la mise à l'abri du salarié et le repos, mais comme inconvénients des durées parfois longues qui éloignent du monde du travail, sans régler les causes sous-jacentes. Les études manquent pour choisir l'attitude la plus adéquate.

Dans notre situation, peut-être faut-il tenir compte spécifiquement de la profession du patient, avec des risques particuliers d'accidents de la route, pouvant de surcroît être majorés par certains traitements médicamenteux éventuellement prescrits.

Le choix des patients a été d'accorder significativement moins de jours d'arrêts de travail que les médecins (6,09 contre 9,50 jours en moyenne), et de la même manière, plus de patients n'ont pas retenu d'indication d'arrêts de travail (34 sur 93, soit 36,6 %) contre 10 sur 74 soit 13,5 % pour les médecins.

Même en écartant les refus de prescription, la durée moyenne délivrée par les médecins reste supérieure à celle des patients (10,98 jours contre 9,59) mais cette différence n'est alors plus significative ($p = 0,310$ en test Z).

c) Cas n°3 : grippe

Le cas présente une grippe assez typique chez un jeune adulte de 35 ans ayant un emploi sédentaire, probablement en contact avec des collègues sur le lieu de travail.

La proposition d'arrêt de travail de la Sécurité sociale est de sept jours, en mentionnant la possibilité d'un arrêt de trois jours en cas de symptômes plus bénins.

La recommandation SPILF 2005 (44) n'aborde pas l'arrêt de travail, mais évoque l'intérêt de l'isolement des malades sur les modes contact et gouttelettes.

On sait qu'au-delà de la fièvre, durant en général entre 2 et 4 jours, l'asthénie est parfois intense et peut durer deux semaines, empêchant une reprise rapide des activités. La contagiosité est d'environ cinq jours après le début des symptômes (18). Dans les faits, une analyse rétrospective du GROG pour l'épidémie 2005 – 2006 (11) met en évidence une moyenne de 4,8 jours d'arrêt pour la grippe.

Ici, médecins comme patients sont globalement assez en deçà de la durée proposée par l'Assurance Maladie, avec respectivement 4,04 et 4,69 jours, sans différence significative.

Sept des 74 médecins (9,5 %) et six des 93 patients n'auraient pas prescrit d'arrêt de travail dans cette situation, ce qui peut paraître surprenant. S'agit-il d'une sous-évaluation de la "gravité" du cas ou la réelle conviction que ce malade serait en état de travailler ? A l'inverse, seul un médecin prescrit une durée supérieure à la recommandation (huit jours). Quinze des 93 patients indiquent également plus de sept jours (8 à 15 jours).

On peut remarquer la reconnaissance globale par les patients de la sévérité de la grippe "authentique", comme une pathologie nécessitant un arrêt de travail d'une durée relativement importante, alors qu'ils sont plutôt stricts dans la majorité des autres cas. Il ne semble pas y avoir eu de confusion importante avec le terme de « grippe » fréquemment

utilisé pour qualifier un ensemble de pathologies hivernales plus bénignes et ne nécessitant que rarement un arrêt de travail.

d) Cas n°4 : angine

Ce cas présente la situation d'une jeune femme souffrant d'une angine virale.

La Sécurité sociale propose pour cette pathologie un arrêt de travail de trois jours en mentionnant la possibilité de ne pas prescrire d'arrêt de travail dans les situations bénignes. La HAS ne formule pas d'objection mais souligne la variété des situations d'angines possibles.

L'intensité des manifestations de cette pathologie est en effet assez variable, allant d'une simple gêne pharyngée à un état infectieux relativement marqué avec des douleurs intenses. Le potentiel de contagiosité existe mais est moindre que dans la grippe ou la gastro-entérite par exemple.

Les patients indiquent en moyenne 3,14 jours, contre 2,30 jours pour les médecins. Il s'agit de la seule situation où les patients sont significativement plus généreux que les médecins, différence pour laquelle aucune explication évidente ne s'impose. Le degré d'incapacité lié à une angine pourrait être évalué comme moins important par les médecins. Le caractère viral dans ce cas a-t-il été perçu comme une forme minorée d'angine pour certains médecins encore peu familiarisés avec les tests de diagnostic rapide et qui associent, comme précédemment, une forte intensité des signes d'angine avec une origine bactérienne.

e) Cas n°5 : dépression

Ce cas présente une situation de dépression réactionnelle à une demande de divorce chez un facteur de 55 ans. On ne dispose pas d'assez d'éléments pour en être certains, mais il est probable que l'on entre dans le cadre d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV-TR (2), pour lequel l'Assurance Maladie n'a pas émis d'avis concernant la durée d'arrêt de travail.

La pharmacologie nous apprend que les délais d'efficacité des antidépresseurs par inhibition de recapture de la sérotonine (IRS), les plus fréquemment employés, sont d'au moins 15 jours. En cas de prescription d'IRS, il pourrait donc sembler logique si un arrêt de travail est prescrit, de faire durer celui-ci au moins deux semaines. Pour autant, 28 des 61 arrêts de travail prescrits par les médecins concernent des durées d'une semaine ou

moins. Il faut peut-être y voir une volonté de re-convoquer les patients pour les réévaluer au bout d'une semaine. La construction de l'étude ne permet pas de prendre cela en compte.

Le nombre de jours indiqué par les patients est significativement inférieur à celui des médecins (5,88 contre 8,62, $p = 0.014$ en test Z). Un autre élément significatif est la différence de proportion de participants qui ne « prescrivent » pas d'arrêt de travail : 42 sur 74 chez les patients (56,8 %), 13 sur 93 (14,0 %) chez les médecins, ce qui est très significatif ($p < 0,001$ en test du Chi²).

Si l'on élimine les refus d'arrêts de travail, la moyenne est de 10,46 jours pour les médecins et 10,54 jours pour les patients. Il n'existe alors plus de différence significative ($p = 0,948$ en test Z).

f) Cas n°6 : entorse de cheville

Ce cas présente la situation d'une patiente de 47 ans conservant une gêne fonctionnelle le lendemain d'une récurrence d'entorse de cheville. Elle occupe un emploi pouvant la conduire à marcher, sans contrainte physique importante. On peut considérer qu'il s'agit d'une entorse bénigne chez une patiente avec un travail physique léger selon la classification de l'Assurance Maladie, ce qui correspondrait à l'absence d'arrêt de travail. Si l'on considérait qu'il s'agisse d'une entorse de moyenne gravité, cela correspondrait à trois jours d'arrêts de travail.

La Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique, interrogée par la HAS en 2010 (26), estime que la prescription d'arrêt de travail en cas d'entorse bénigne est facultative avec poursuite de l'activité en portant une orthèse, et peut sinon être de huit jours.

La moyenne des prescriptions est sensiblement supérieure à la recommandation de l'Assurance Maladie : 4,02 jours pour les patients et 3,96 pour les médecins.

Une part importante des patients comme des médecins n'indique pas d'arrêt de travail, respectivement 33 sur 93 et 27 sur 74. Il s'agit du cas, parmi les huit, pour lequel la proportion de médecins qui ne prescriraient pas d'arrêt de travail est la plus grande.

Si l'on considère trois jours comme le maximum aux vues des préconisations de l'Assurance Maladie, on retrouve 46 des 93 patients, soit 49,7 % et 36 des 74 médecins, soit 48,7 % au-delà de ce chiffre.

Ce cas est donc assez particulier par le clivage entre des absences de prescriptions d'une part et des prescriptions relativement longues d'autre part. On constate en effet que les arrêts peuvent être assez prolongés, allant jusqu'à 10 jours ou plus pour huit médecins et neufs patients. Peut-être faut-il y voir une volonté d'attendre une guérison ligamentaire avant toute reprise d'activité, pour ceux qui prescrivent un arrêt de travail.

g) Cas n° 7 : Gastro-entérite aiguë

Ce cas présente la situation d'un jeune homme exerçant un travail relativement physique, ayant contracté une gastro-entérite avec des symptômes moyennement sévères.

La durée de référence indiquée par l'Assurance Maladie est de trois jours d'arrêt de travail.

Malgré la douleur, l'asthénie et l'anorexie exprimées dans l'intitulé du cas, 13 des 93 patients (14,0 %) et 5 des 74 médecins (6,8 %) ne prescriraient pas d'arrêt de travail.

La moyenne s'établit à 2,47 jours côté patients, contre 2,15 jours pour les médecins, en retrait par rapport à la recommandation.

Une autre facette de la question est de se placer sur le terrain de la santé publique. En tant que personne ne présentant pas un sur-risque de contagiosité (hygiène précaire, incontinence ou contact avec des personnes fragiles), la durée d'absence au travail devrait être de deux jours après la disparition des symptômes selon un consensus d'experts Britanniques de 2004 (39). En prenant en compte cette référence, la durée prescrite lors de la consultation aurait dû être d'un minimum de trois jours, soit plus que les moyennes des médecins comme des patients.

On peut imaginer que médecins comme patients ont d'avantage pris en compte les symptômes du patient et sa situation singulière que le risque de contagiosité qu'il présente et donc le retentissement sur la santé publique. La recommandation de l'Assurance Maladie ne prévoit d'ailleurs de tenir compte de la contagiosité qu'en cas de risque particulier : « travail en milieu sanitaire ou au contact de personnes fragiles ».

h) Cas n°8 : fatigue pendant la grossesse

Ce cas présente une situation de fatigue pendant une grossesse à cinq mois, par ailleurs sans complication, chez une patiente ayant deux enfants en bas âge et un emploi peu physique d'institutrice.

Cette situation non pathologique assez fréquente ne répond à aucune recommandation, et la seule référence existante est le dispositif légal de congé maternité pouvant débuter huit semaines avant la date théorique d'accouchement lorsqu'il y a deux enfants à charge. Un congé pour grossesse pathologique, n'étant comme son nom l'indique prévu qu'« en cas d'état pathologique résultant de la grossesse », il n'est pas applicable à la situation de cette patiente. Si un arrêt de travail est prescrit, il doit donc l'être sous le régime de la maladie.

Au total, 66 des 93 patients ont décidé de prescrire un arrêt de travail (71,0 %), tout comme 58 des 74 médecins (78,4 %), sans différence significative. Les durées sont assez différentes : 8,67 jours pour les patients et 10,92 pour les médecins sans être statistiquement distinctes ($p = 0,214$ en test Z).

La légitimité de la prescription d'un arrêt de travail à une femme enceinte en bonne santé est discutable, en particulier devant l'aspect physiologique de son état. Ceci n'est en tout cas pas prévu dans les mécanismes de solidarité nationale. D'autres éléments entrent également en ligne de compte au moment de décider de prescrire ou non, et particulièrement des considérations médico-légales, avec la crainte de poursuites en cas de problèmes dans les suites de la grossesse si l'arrêt a été refusé. La dimension sociétale est également importante, avec une image souvent valorisée et protégée de la femme enceinte dans nos sociétés. Une telle demande semble difficile à refuser.

	Recommandations	nombre de jours moyen "médecins"	nombre de jours moyen "patients"
cas n°1 : lumbago	1 jour	3,27 soit + 227 %	1,83 soit + 83 %
cas n°2 : harcèlement	indisponible	9,50	6,09
cas n°3 : grippe	7 jours	4,04 soit - 42,3 %	4,69 soit - 33,0 %
cas n°4 : angine	3 jours	2,30 soit - 23,3 %	3,14 soit + 4,7 %
cas n°5 : dépression	indisponible	8,66	5,88
cas n°6 : entorse cheville	0 jour	3,96	4,02
cas n°7 : GEA	3 jours	2,15 soit - 28,3 %	2,47 soit - 17,7 %
cas n°8 : asthénie / grossesse	indisponible	10,92	8,67

Tableau 3 : nombres de jours moyens indiqués par les médecins et les patients, comparés aux recommandations disponibles.

2) Hypothèses explicatives

La conception de l'étude ne permet pas de déterminer les causes des différences observées entre médecins et patients, en particulier des « prescriptions » moins importantes de la part des patients. On peut tout de même formuler des hypothèses à ce sujet.

a) Un différentiel de connaissances

Une différence dans les connaissances sur l'évolution naturelle des pathologies et leurs durées, ainsi que sur les délais d'efficacité des traitements est évidente du fait de la formation des médecins et de leur expérience, en particulier à propos de cas qui se seraient compliqués. En effet, les médecins intègrent à leurs réflexions les éventuels souvenirs de patients ayant connu des évolutions défavorables du fait d'absence d'arrêts de travail.

Il est envisageable que celle-ci puisse pousser les médecins à des prescriptions plus longues et plus nombreuses. Les patients de l'étude, et par extension la population générale, pourraient avoir une vision plus bénigne des pathologies, n'ayant que rarement connaissance de complications dans leur entourage proche.

b) Prise en compte de la santé publique

L'impact sur la santé publique pourrait être mieux pris en compte par les médecins alors que les patients se focaliseraient plutôt sur la question de l'aptitude du patient à assumer son poste. On pense particulièrement aux questions de contagiosité. Paradoxalement, dans les cas où il existe une contagiosité potentielle (grippe, GEA, angine), les médecins ne prescrivent pas statistiquement plus que les patients l'auraient fait.

c) Prise en compte des conséquences sur le système de santé

Les effets des arrêts de travail sur les finances de la Sécurité sociale et l'économie pourraient être paradoxalement perçus de manière plus importante par les patients largement informés des déficits des comptes sociaux et en subissant des conséquences concrètes en termes de dégradation des remboursements de leurs frais de santé.

Il s'agit peut-être de l'effet d'un sentiment diffus dans la population concernant des fraudes massives, avec des arrêts souvent injustifiés. Ainsi, dans un sondage de 2011 (37), 39 % des personnes interrogées jugeaient que les arrêts n'étaient pas toujours

justifiés. Ceci est confirmé par une autre question portant sur la nécessité de renforcer les contrôles, idée partagée par 75 % des personnes interrogées.

Il était déjà démontré que les médecins se voyaient souvent comme garants du système d'indemnisation en « autorisant » un arrêt de travail (32). Peut-être la population générale a-t-elle encore plus conscience des problématiques financières de la protection sociale ?

d) Emergence du concept de présentéisme

La notion de présentéisme est de plus en plus mise en avant. Il s'agit pour un salarié de rester à son poste même si son état de santé justifierait un arrêt de travail, dans différents buts (conserver sa rémunération complète, monter sa loyauté à l'entreprise...). Les employeurs s'en inquiètent, devant la diminution de la productivité et les risques qui peuvent en résulter.

Cette intégration du présentéisme pourrait conduire les patients à réduire les arrêts de travail et les durées de ceux-ci, en décalage par rapport à ce qui serait souhaitable pour la santé.

e) Effets d'une économie en berne

L'impact de l'environnement économique actuel difficile est peut-être à prendre en considération, avec un chômage de masse et des ménages ayant des budgets contraints. Les patients pourraient avoir un sentiment supérieur de vulnérabilité s'ils montrent une faiblesse au niveau de leur santé.

Des études montrent que des salariés en arrêt maladie ont des probabilités supérieures de perdre leur emploi par la suite (27). Il est par ailleurs connu qu'une dégradation économique avec augmentation du chômage est liée à une diminution des arrêts de travail sans pouvoir démontrer s'il s'agit d'un arbitrage des médecins ou de patients (23). On peut tout de même formuler l'hypothèse que ce sont les patients qui, sous pression de l'environnement économique, réduisent leurs indications d'arrêts de travail.

f) L'intégration des retours des patients

Il est possible que les médecins, régulièrement confrontés à de la négociation ou à des commentaires insatisfaits de leurs patients, intègrent ces éléments pour proposer d'emblée des durées plus longues, pour ne pas aller au conflit et augmenter la satisfaction

de leurs malades. Les patients interrogés dans l'étude, n'ayant jamais eu ce type de retours sont peut-être moins souples de ce fait.

Les patients pourraient d'ailleurs dans leur ensemble trouver les prescriptions médicales trop généreuses, ce qui expliquerait que 60 % des personnes interrogées dans un sondage en 2011 (37) déclaraient avoir déjà refusé un arrêt de travail.

3) Analyse en sous-groupes

L'analyse en sous-groupes est à prendre avec précautions du fait des faibles effectifs qui peuvent rendre les différences non significatives par manque de puissance d'une part, et les effets d'une inflation du risque α d'autre part.

a) Côté médecins

Concernant l'âge des médecins, aucune corrélation n'a été mise en évidence avec le nombre d'arrêts de travail prescrits. Certains articles montrent une majoration des prescriptions chez les médecins plus âgés ou plus expérimentés, sans pouvoir faire la distinction entre ces deux éléments (45) alors que d'autres ne la retrouvent pas (7). Un manque de puissance, ou un recrutement globalement plus jeune que la moyenne des médecins français pourrait expliquer cette différence.

Le sexe des médecins est un paramètre controversé, avec des études divergentes, allant tantôt dans le sens de médecins femmes octroyant plus d'arrêts de travail (19), et tantôt vers une absence de différence (29, 45).

Ici une différence significative est mise en évidence vers des hommes plus gros prescripteurs. Cependant, comme on l'a vu, les échantillons d'hommes et de femmes ne sont pas semblables en termes d'âge. D'autres facteurs de confusions sont également susceptibles d'entraîner cette différence.

b) Côté patients

Les analyses en sous-groupes des patients sont difficilement comparables à l'état de la littérature, du fait de la pauvreté des données en la matière.

- Age et sexe

L'âge et le sexe ne semblent pas déterminer des indications d'arrêts de travail différentes dans cette étude.

Il est démontré que les patients plus âgés prennent plus d'arrêts de travail, du fait notamment d'un accroissement des situations pathologiques (6, 33), mais la question est ici différente, interrogeant sur des cas fictifs. Il ne semble en tout cas pas que ces patients plus âgés soient plus souples vis-à-vis d'autres malades d'âges différents.

Concernant, le sexe, de la même manière, les femmes semblent plus souvent en arrêt de travail, mais les études ne montrent pas s'il s'agit d'un effet d'un état de santé moins favorable ou d'un arbitrage différent au moment de la prise de décision (6, 8). Ici, hommes et femmes semblent déterminer des indications d'arrêts de travail peu différentes.

- Catégorie socio-professionnelle

L'effet de la catégorie socio-professionnel est intéressant à analyser. Il semble que les indépendants (artisans, commerçants, chefs d'entreprise et libéraux) retiennent des indications d'arrêts de travail moindres. On sait par ailleurs qu'ils disposent d'une protection sociale obligatoire peu généreuse et déconnectée de leurs cotisations souvent élevées. Ils sont presque contraints de souscrire des contrats de prévoyance complémentaires. Par ailleurs, leur rôle au sein de leur entreprise est souvent capital, les dissuadant de se mettre en arrêt de travail même quand leur état de santé le justifierait. Enfin, ils peuvent être employeurs, et confrontés à l'absentéisme de leurs salariés. Il est possible qu'ils appliquent au moins partiellement aux cas cliniques qui leur ont été soumis leur propre comportement en matière d'arrêts de travail.

A l'inverse, les personnes sans activité professionnelle semblent plus généreuses. Peut-être sont-elles plus éloignées du monde du travail et de ses contraintes. Privilégient-elles les notions de repos et de loisir à la valeur travail ?

- Secteur d'activité

L'absence de différence entre les participants du secteur public et ceux du secteur privé est cohérente avec les études montrant que les arrêts de travail sont semblables entre les fonctionnaires titulaires et les patients en CDI au-delà de la période d'essai.

- Dernier arrêt de travail déclaré

La seule différence statistiquement significative concerne les patients en arrêt de travail au moment de leur réponse au questionnaire. Parmi ceux-ci, le nombre moyen de jours octroyés aux huit malades fictifs était plus élevé. Ces patients pourraient avoir deux caractéristiques particulières : être en plus mauvaise santé et / ou être plus enclins à se mettre en arrêt de travail. Ceci pourrait affecter leur perception des indications d'arrêts de travail et les rendre plus généreux, comme ce qui a été constaté dans l'étude.

- Pénibilité et satisfaction dans le travail

Le nombre de jours moyen indiqué par les patients n'est pas affecté de manière significative par la pénibilité de leur emploi ou leur satisfaction au travail. Il n'y a donc pas de projection du patient participant à l'enquête sur le malade fictif qui lui est présenté. En effet il est démontré dans la littérature que la pénibilité est corrélée positivement à des arrêts de travail plus fréquents et plus longs (16). Les participants semblent avoir fait la part des choses en analysant bien les cas en fonction des emplois indiqués.

B. Biais et limites de l'étude

1) Recrutement des participants

a) Les médecins

Le recrutement des médecins a été aussi aléatoire que possible, en utilisant la base de données relativement exhaustive que constitue l'annuaire, à défaut de la base du conseil de l'Ordre, à laquelle l'accès n'a pas été possible. La base Ameli n'était pas adaptée, ne distinguant pas les médecins généralistes en fonction de leur activité réelle. D'autres possibilités étaient envisageables, avec des bases de données des secteurs de garde, des syndicats médicaux ou de l'industrie pharmaceutique, mais toutes moins complètes que l'annuaire finalement retenu.

L'autre avantage était, en contrepartie du temps passé au téléphone, de pouvoir sensibiliser le médecin ou à défaut son secrétariat à l'étude, ce qui a probablement amélioré le taux de réponse par rapport à une sollicitation directe non personnalisée par mail.

Le choix de ne retenir que des médecins généralistes libéraux exerçant comme "médecin de famille" se justifie par la grande hétérogénéité dans les pratiques des médecins salariés, dont seule une minorité exerce en médecine de premier recours (dans des centres de santé par exemple). L'exclusion des médecins libéraux exerçant uniquement une activité d'urgence se justifie par leur recrutement très différent en termes de patients comme de pathologies. Le but de cette étude était d'explorer les arrêts de travail sous l'angle de la médecine générale de ville et des patients qui y ont recours. Les constatations de l'étude sont donc réduites à cette population et ne concernent pas la médecine hospitalière ou les autres spécialités médicales ou chirurgicales.

Le taux de participation des médecins peut sembler relativement bas à 37%. Il est pourtant assez comparable à d'autres études françaises récentes (8, 20). Les refus motivés l'étaient le plus souvent par l'absence de temps, dans un contexte de surcharge de travail, en particulier sur le plan administratif, ainsi que par un nombre important de sollicitations pour les travaux de recherche.

En revanche, le taux de participation des médecins pour la deuxième phase (inclusion des patients) est faible, de manière plus importante que ce qui était attendu malgré un protocole relativement simple. Le manque de temps et la difficulté perçue de recruter des patients ont probablement joué. Cette faiblesse, avec seulement 20 médecins ayant inclus des patients est un biais potentiel avec des patients dont les caractéristiques

ne sont peut-être pas les mêmes que dans les patientèles des médecins n'ayant pas procédé à ce recrutement.

Les taux de retour après sollicitations par mail ont été bons pour les médecins comme pour les patients, respectivement 66,1 % et 79,3 %. La qualité des réponses a été très bonne, avec un seul cas manifestement incohérent. Ceci est probablement le fait de l'enregistrement des réponses grâce aux adresses e-mail, qui ont responsabilisé les participants, même si l'assurance leur était donnée d'un traitement anonyme des réponses par la suite.

Les modalités de recrutement des médecins et les refus ont conduit à la constitution d'un échantillon dont les caractéristiques sont connues. L'âge moyen est de 49,7 ans, soit à peine moins élevé que la moyenne des médecins généralistes en Isère en 2013 évaluée à 51 ans par le CNOM (38). La répartition par sexe était de 53 % d'hommes et 47 % de femmes, assez proche des statistiques donnant 50 % pour chaque sexe. Cependant, les données statistiques officielles concernent l'ensemble des généralistes et non uniquement les libéraux avec probablement une sous-estimation de la prédominance masculine.

b) Les patients

Le choix a été fait de recruter des patients consultant en médecine générale. Une alternative aurait pu consister à recruter parmi la population générale. Les constatations de l'étude sont donc établies pour la population à laquelle les médecins généralistes ont affaire en consultation, et donc, par voie de conséquence, les personnes pour lesquelles la question d'un arrêt de travail est susceptible de se poser effectivement.

Le recrutement des patients ayant été intégralement assumé par les médecins, il n'a pas été possible d'en vérifier la qualité en termes d'adéquation au protocole, et en particulier au caractère consécutif des inclusions.

Les caractéristiques des participants en termes d'âge, et de catégorie socio-professionnelle sont connues, mais ces paramètres ne sont pas disponibles pour l'ensemble des patients consultant en médecine générale, ne permettant pas de déterminer si l'échantillon est représentatif de la population cible sur ces paramètres. En revanche, la prédominance féminine (62,4 % de femmes) est cohérente avec l'étude de la SFMG (30).

Les effectifs sont relativement réduits, expliquant probablement l'absence de différence significative dans plusieurs analyses en sous-groupes. Le nombre initialement souhaité au niveau des patients n'a pas été atteint, du fait de la faible participation des médecins à l'inclusion des patients. Le taux de réponse des patients a été en revanche

plus élevé que celui des médecins, avec une réelle bonne volonté pour participer au travail de recherche.

2) Utilisation d'internet

Pour la mise en œuvre pratique de l'étude, le choix a été fait de ne procéder que par voie électronique, à partir des adresses e-mail des médecins, comme des patients. Cela empêche l'inclusion des sujets ne disposant pas d'une adresse email ou ne maîtrisant pas l'outil informatique. L'importance de ce biais reste tout de même relative de par la faible proportion de Français n'ayant pas l'accès à des messageries internet. Cela concerne les personnes les plus âgées dans la population générale et les moins qualifiées. Dans la tranche d'âge la plus élevée (45 – 59 ans), encore 86,5 % des Français disposent d'internet à domicile. Le taux moyen de pénétration d'internet est de 91,6 % pour les actifs occupés. Il descend à 88,2 % pour les ouvriers et 85,7 % pour les chômeurs (22). Il est donc possible que ce choix pratique soit la source d'un léger biais de recrutement, de nature à fausser la représentativité de l'échantillon.

Concernant les médecins, le refus de participer a été motivé par une absence d'adresse internet ou une absence de lecture des emails à sept reprises sur les 196 médecins correspondant aux critères d'inclusion. N'ayant pas le détail du processus d'inclusion des patients, il est impossible de chiffrer l'effet pour cette population.

Pour les médecins, comme les patients, l'absence de différence significative dans les durées d'arrêts de travail en fonction de l'âge relativise également l'importance du biais.

3) Période de réalisation

Concernant la période de réalisation de l'étude, s'étant étalée sur octobre et novembre 2013, elle ne comprend pas les épidémies hivernales, dont on sait par ailleurs l'impact sur les arrêts de travail. Il n'y a probablement pas d'effet sur les réponses des participants, mais on peut envisager un biais quant au recrutement des patients. En effet, il est difficile d'évaluer le degré de différence entre la population active consultant pendant la période épidémique et celle concernant le reste de l'année. L'extrapolation à la population annuelle d'un cabinet médical doit donc être nuancée.

4) Utilisation de cas cliniques

L'utilisation de cas cliniques fictifs pour analyser les décisions des médecins est fréquente depuis les années 1980. Il subsiste pourtant un doute sur la pertinence des résultats en matière de prédictibilité d'un comportement en situation réelle. La difficulté est en générale de ne pas pouvoir valider les réponses aux cas cliniques comme représentatives de la pratique habituelle (28).

Selon certains auteurs, les données issues de ce type d'enquêtes pourraient illustrer les compétences, c'est-à-dire ce que le médecin est capable de faire dans l'idéal, mais pas la performance, qui correspond à ce qu'il parvient à faire dans les conditions pratiques qu'il rencontre. La différence entre les deux concepts est difficile à mesurer et correspond au biais attaché à ce type d'étude (42).

Cette technique de recherche a déjà été utilisée à plusieurs reprises dans le domaine des arrêts de travail (19, 29).

5) Conception des cas cliniques

Sur le fond, cette série de huit cas ne peut évidemment pas être le reflet de la pratique de la médecine générale, dans toutes ses spécificités et sa richesse. Il n'est pas exclu que des cas sélectionnés et formulés d'une manière différente aient pu donner des résultats différents, voire même contraires. Employer un nombre plus important de situations aurait pu amoindrir cette difficulté, mais aurait eu comme conséquence d'augmenter le temps de réponse, avec comme corollaire prévisible une diminution du taux de participation.

Le choix des pathologies présentées dans les cas cliniques s'est opéré à partir des motifs de recours les plus fréquents en médecine générale donnant lieu à un arrêt de travail. Ils couvrent à la fois les motifs ostéo-articulaires, infectieux et psychologiques (30) (20). L'écriture de ces cas, forcément particuliers, a été impactée par les nécessités de concision et de compréhensibilité par l'ensemble de la population, tout en étant relativement précis en même temps. Ceci a été attesté par une phase initiale de validation auprès d'une dizaine de patients et de médecins, qui a permis de valider la forme des cas cliniques.

La différence de durée moyenne indiquée entre les situations est également une difficulté pour analyser la durée totale, avec un poids supérieur des cas cliniques pour lesquels les durées sont plus longues (fatigue pendant la grossesse, dépression...), ce qui atténue l'influence des cas avec arrêts plus court (gastro-entérite ou lumbago). Pour

minimiser ce biais, il avait été décidé de ne pas retenir des pathologies avec des durées d'arrêts forcément longues (fractures ou accidents vasculaire cérébraux par exemple).

La question s'est posée de présenter les cas d'une manière plus ou moins développée, avec ou sans détails sur les malades et la pathologie. Une étude similaire chez les médecins (29) avait fait le choix de formulations très brèves et techniques avec l'utilisation d'un vocabulaire médical. Devant la nécessité d'être compréhensible par le groupe patient, le choix dans cette étude a été de retenir des formulations courtes dans un langage compréhensible des non-professionnels avec un minimum d'éléments communs (âge, sexe, profession, pathologie et symptômes principaux). Par ailleurs, les métiers choisis sont relativement courants, pour permettre aux participants d'identifier facilement les contraintes professionnelles correspondantes.

Il a été décidé de ne pas inclure dans l'énoncé du cas clinique une information sur la demande ou non du patient de se voir prescrire un arrêt de travail. Les commentaires des médecins faisaient état pour plusieurs de la difficulté à se prononcer sans savoir ce que souhaitait le patient. Dans les faits, il est démontré que les prescriptions d'arrêts de travail sont corrélées à l'intensité de la demande du patient (19). Comme pour les informations sur le passé médical et social des patients, on peut se poser la question du bien-fondé de la prise en compte de l'insistance du patient pour prendre la décision de prescrire un arrêt de travail.

La consigne mentionnait par ailleurs une consultation un lundi matin avant de se rendre au travail, pour ne pas rendre l'arrêt « obligatoire », au moins pour la première journée, comme c'est souvent le cas dans les faits avec un patient qui décide de ne pas aller au travail et vient faire valider son absence a posteriori.

En s'intéressant uniquement à l'arrêt initial, l'étude ne prend pas en compte d'éventuelles stratégies d'arrêts courts visant à obliger le patient à revenir en consultation pour le réévaluer et lui établir une prolongation alors que l'on imagine d'emblée que l'arrêt sera plus prolongé.

Un élément dont l'importance est difficile à évaluer est le caractère impersonnel de la situation clinique, se référant à une personne inconnue. Pour les médecins, cela signifie qu'ils ne connaissent pas son histoire médicale, comme ses événements de vie, pas plus que son comportement antérieur vis-à-vis des arrêts de travail. Or il est établi que ces éléments peuvent être des déterminants de la prescription. Ce manque d'informations ressenti était d'ailleurs assez présent, tant au téléphone avec les médecins que dans les commentaires accompagnant le questionnaire, avec souvent l'expression d'un sentiment d'incapacité à décider de manière adaptée. Ce manque était également ressenti parmi les patients selon leurs commentaires. Pour autant, la prise en compte de

ces événements peut paraître discutable. Est-il légitime d'être moins strict avec un patient n'ayant jamais eu d'arrêt de travail et inversement ?

Pour les patients, le caractère impersonnel est également à prendre en compte. La situation clinique présentée ne concerne pas un membre de leur entourage, ni un collègue, et encore moins eux-mêmes. Les résultats auraient peut-être été différents dans ces cas. Aucune donnée existante ne permet de savoir si les patients auraient été plus stricts ou au contraire plus généreux s'il avait été question d'un de leur proche ou d'eux-mêmes.

THESE SOUTENUE PAR : Frédéric JURY

TITRE : LES PATIENTS PERÇOIVENT-ILS LES MEMES INDICATIONS D'ARRÊTS DE TRAVAIL QUE LES MEDECINS ? Etude à propos de cas cliniques fictifs

5. Conclusion

L'étude présentée dans cette thèse se base sur un échantillon aléatoire de 74 médecins et 93 patients du département de l'Isère. Une série de huit cas cliniques représentatifs de la pratique quotidienne a été présentée en demandant aux participants de déterminer si, pour eux, un arrêt de travail était justifié, et dans l'affirmative sa durée.

La variabilité des réponses est grande chez les patients, mais également chez les médecins, allant de 11 à 157 jours pour la série de huit situations. Les patients ont indiqué un arrêt de travail moins souvent que les médecins (dans 65,2 % des cas soumis, contre 82,1 %). La durée moyenne est également plus courte lorsqu'elle est décidée par les patients plutôt que par les médecins généralistes (36,8 jours pour les huit cas contre 44,8 jours). Sur les deux paramètres la différence est significative. Cependant, pour quatre des huit cas pris individuellement, la durée est semblable pour les médecins et les patients.

Les durées d'arrêts de travail proposées par les médecins et les patients ne sont globalement pas alignées sur les référentiels indicatifs de l'Assurance Maladie, pour certains cas en retrait et pour d'autres au-delà des valeurs proposées.

L'analyse en sous-groupes montre également qu'il existe des différences en fonction des catégories socio-professionnelles, avec en particulier moins de jours d'arrêts de travail de la part des indépendants. A l'inverse, les patients se trouvant en arrêt de travail au moment de l'étude indiquent des durées plus longues.

L'étude présente certains biais en termes de recrutement et de réalisation ne permettant pas une généralisation certaine de ces résultats, mais il semblerait que les patients retiennent des indications d'arrêts de travail globalement du même ordre de grandeur que les médecins généralistes, tout en étant légèrement plus stricts. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées à ce propos, sans que l'étude ne permette de trancher entre elles.

Ces résultats demandent à être vérifiés par d'autres travaux, et en particulier en interrogeant les malades sur leurs propres arrêts de travail, et non à propos d'un patient fictif.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER, Grenoble, le 24.02.2011

LE DOYEN (Pr ROMANET)

LE PRESIDENT DE LA THESE (Pr de GAUDEMARIS)

Bibliographie

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques. ANAES. septembre 2004. 82p.
2. American psychiatric association. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris. Masson. 2003.
3. ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. 2000. 52p.
4. Association Internationale de la Sécurité Sociale. Profils des pays. 2014 Disponible sur : <http://www.issa.int/> (19/1/2014)
5. Assurance Maladie. Arrêts de travail : des référentiels de durée. 2014. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/arrets-de-travail-des-referentiels-de-duree.php> (19/01/2014)
6. Ben Halima MA, Debrand T, Regaert C. Arrêts maladie : comprendre les disparités départementales. IRDES, Paris. 2011. 19p.
7. Bollag U, Rajeswaran A, Ruffieux C, Burnand B. Sickness certification in primary care - the physician's role. Swiss Med Wkly. 2007. 16. 137. 23-24. p.341-346
8. Broli S. Les arrêts de travail de un à trois jours: enjeux et déterminants de la prescription. Thèse d'exercice. UPEC. Faculté de médecine de Créteil. 2011. 49p.
9. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Description des populations du régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois. Paris. Octobre 2004. 35p.
10. Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes ? An experimental questionnaire study in primary care. Fam Pract. 2006. 23. 1. p.125-130
11. Cohen JM, Mosnier A, Daviaud I. Ecogrippe 2006 : combien coûte la grippe ? Paris. 2007.
12. Cour des Comptes. Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie. Juillet 2012. Paris. 157p.
13. Cour des Comptes. Rapport Sécurité Sociale 2009. Paris. 513p.
14. Cour des Comptes. Rapport Sécurité Sociale 2012. Paris. 576p.

15. Crété J-C, Vanwassenhove L. Ces patients qui refusent un arrêt de travail : motifs de refus et représentations de l'arrêt. Etude qualitative par entretiens semi-directifs. Thèse d'exercice. Nantes, Université de Nantes. 2012. 307p.
16. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail. DARES Analyses. 2013. 9. 10p.
17. Duflot F. Les facteurs décisionnels intervenants dans la prescription d'un arrêt de travail en médecine générale: une approche exploratoire par focus groups. Thèse d'exercice. UPEC. Faculté de médecine de Créteil. 2012. 71p.
18. Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skånér Y, Lindholm C, et al. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. Scand J Prim Health Care. 2011. 29. 4 p. 227-233
19. Englund L, Tibblin G, Svärdsudd K. Variations in sick-listing practice among male and female physicians of different specialities based on case vignettes. Scand J Prim Health Care. 2000. 18. 1. p.48–52
20. Fourré B. Critères décisionnels de prescription des arrêts de travail: une enquête transversale en médecine générale. Thèse d'exercice. Université de Lyon. 2006. 79p.
21. Gbohounon A, Desprez N. Souffrance liée au travail et arrêt maladie une étude prospective. Thèse d'exercice. Paris VII Diderot. 2009. 136p.
22. Gombault V. L'internet de plus en plus prisé, l'internaute de plus en plus mobile. Insee Première. Juin 2013 juin. 1452. 4p.
23. Grignon M, Renaud T, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Sickness and injury leave in France : moral hazard or strain ? Paris. 2007. 17p.
24. Ha C, Baumann L, Frasier M. Déterminants de prescription initiale d'arrêt de travail au cours des lombalgies aiguës communes. Thèse d'exercice. Paris VII Diderot. 2010. 206p.
25. Hansson M, Boström C, Harms-Ringdahl K. Sickness absence and sickness attendance-what people with neck or back pain think. Soc Sci Med. 2006. 62. 9. p.2183–2195
26. HAS. Réponse à saisine du 8 juin 2010. Référentiels concernant la durée d'arrêt de travail dans 3 cas : la grippe saisonnière, la bronchite aiguë de l'adulte sans comorbidité et l'entorse de la cheville. 2010. 16p.
27. Hesselius P. Does sickness absence increase the risk of unemployment ? The Journal of Socio-Economics. 2007. 36. 2. p.288–310

28. Jones TV, Gerrity MS, Earp J. Written case simulations : do they predict physicians' behavior ? J Clin Epidemiol. 1990. 43. 8. p.805–815
29. Kankaanpää AT, Franck JK, Tuominen RJ. Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. Eur J Public Health. 2012. 22. 1. p.92–96
30. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boissnault P, SFMG. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Revue du Praticien Médecine Générale. 2004. 18. 656/657. p.781-784
31. Les Comptes de la Sécurité Sociale. Sécurité Sociale. Juin 2013. 245p.
32. Löfgren A, Hagberg J, Arrelöv B, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks : a cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. Scand J Prim Health Care. 2007. 25. 3. p. 178–185
33. Missègue N, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les arrêts de travail des seniors en emploi. Dossiers solidarité et santé. 2007 .2. 23p.
34. Nicot A, Nicot P. Lombalgie chronique et arrêt de travail Regards croisés patients/médecins. Médecine. 2006. 2. 4. p.180–182.
35. Norrmén G, Svärdsudd K, Andersson D. Impact of physician-related factors on sickness certification in primary health care. Scand J Prim Health Care. 2006. 24. 2. p.104–109
36. O'Brien K, Cadbury N, Rollnick S, Wood F. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. Fam Pract. 2008. 25. 1. p.20–26
37. OBEA/Infraforces, Santé Magazine. Les Arrêts maladie. Paris. Décembre 2011.
38. Ordre national des médecins, Rault J-F. la Démographie médicale en région Rhône-Alpes. Situation en 2013. 72 p.
39. PHLS Advisory Committee on Gastrointestinal Infections. Preventing person-to-person spread following gastrointestinal infections: guidelines for public health physicians and environmental health officers. Commun Dis Public Health. 2004. 7. 4. p.362–384
40. Reiso H, Gulbrandsen P, Brage S. Doctors' prediction of certified sickness absence. Fam Pract. 2004. 21. 2. p.192-198
41. Reiso H, Nygård JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. Fam Pract. 2000. 17. 2. p.139–144

42. Rethans JJ. Validity of case simulations. *J Clin Epidemiol*. 1991. 44. 10. p.1119–112141.
43. Robroek SJW, van Lenthe FJ, Burdorf A. The role of lifestyle, health, and work in educational inequalities in sick leave and productivity loss at work. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012. 7. 9p.
44. SPILF société de pathologie infectieuse de langue française. Prise en charge de la grippe en dehors d'une situation de pandémie. *Médecine et maladies infectieuses*. 2005.35. p.245–73
45. Starzmann K, Hjerpe P, Dalemo S, Björkelund C, Boström KB. No physician gender difference in prescription of sick-leave certification: a retrospective study of the Skaraborg Primary Care Database. *Scand J Prim Health Care*. 2012. 30. 1. p.48–54
46. Winde LD, Alexanderson K, Carlsen B, Kjeldgård L, Wilteus AL, Gjesdal S. General practitioners' experiences with sickness certification : a comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Fam Pract*. 2012. 13. 10. 8p.
47. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. 52p.
48. Wynne-Jones G, Mallen CD, Main CJ, Dunn KM. Sickness certification and the GP : what really happens in practice ? *Fam Pract*. 2010.27. 3. p.344–350

Annexe 1 : Questionnaire pour les médecins

Votre e-mail * :

Votre e-mail sert au suivi des réponses. Le traitement des données est anonyme.

Quel est votre sexe ? *

- ☐ Homme
- ☐ Femme

Quel est votre âge ? * :

Quel est votre mode d'exercice ? *

- ☐ Libéral
- ☐ Salarié
- ☐ Mixte

Avez-vous un ou plusieurs exercice(s) particulier(s) pour une part significative de votre activité ?

- ☐ Acupuncture
- ☐ Gériatrie
- ☐ Homéopathie
- ☐ Médecine du sport
- ☐ Nutrition
- ☐ Ostéopathie
- ☐ Autre :

Globalement, quelle influence les patients ont-ils sur vous, dans la décision de prescrire ou non un arrêt, et éventuellement sur sa durée ? *

- ☐ Aucune influence
- ☐ Influence faible
- ☐ Influence importante
- ☐ Influence trop importante

Situations cliniques

Plusieurs situations de patients sont présentées ci-dessous. On considère qu'il s'agit de votre premier patient du lundi matin et que vous le voyez avant qu'il aille éventuellement travailler. Pour chaque patient, il vous est demandé si vous lui prescrieriez un arrêt de travail et si oui, de combien de jours. Indiquez le nombre de jours d'arrêt de travail adapté à la situation. Pas d'arrêt de travail = 0

1- Madame A. est une secrétaire de 50 ans. Elle s'est "coincé le dos" en jardinant hier après-midi. Aujourd'hui, son lumbago la fait moins souffrir, mais elle conserve une raideur, avec une douleur de fond qui augmente lors de certains mouvements ou de la position debout prolongée. *

2- Monsieur B. est un routier de 40 ans. Il explique qu'il est victime depuis plusieurs mois d'un harcèlement de la part de son supérieur, qui lui impose des objectifs difficiles à atteindre et lui fait des reproches incessants. Monsieur C. envisage d'attaquer son employeur aux prud'hommes. Il est de plus en plus anxieux quand il se rend au travail chaque matin. *

3- Monsieur C. est un informaticien de 35 ans. Il a la grippe depuis hier, avec fièvre, fatigue intense et courbatures. *

4- Madame D. est une femme de ménage de 35 ans. Elle a une angine virale qui lui occasionne depuis la nuit dernière des maux de gorge et de la fièvre. *

5- Monsieur E. est un facteur de 55 ans, qui souffre d'une dépression suite à la demande de divorce de son épouse, le mois dernier. Il se dit très fatigué, sans envie et surtout envahi par la tristesse. *

6- Madame F., 47 ans, est bibliothécaire dans son quartier. Elle souffre d'une récurrence d'entorse de cheville, suite à un faux-pas dans ses escaliers hier soir. Elle arrive à marcher avec son attelle, même si elle ressent une douleur à l'appui. *

7- Monsieur G est un jardinier de 20 ans, qui souffre d'une gastroentérite avec plusieurs épisodes de diarrhées depuis hier et des maux de ventre. Il est fatigué, et n'a pas beaucoup d'appétit. *

8- Madame H. a 31 ans. Elle est mariée, et mère de deux enfants de 2 et 5 ans. Elle est enceinte de 5 mois avec une grossesse qui se passe bien, mais elle trouve qu'avec la fatigue, elle n'arrive plus à concilier sa vie de famille avec son travail d'institutrice en maternelle. *

Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'étude ?

☐ Oui

☐ Non

Commentaires libres – remarques :

*Obligatoire

Annexe 2 : Questionnaire pour les patients

Votre e-mail *

Votre e-mail sert uniquement au suivi des réponses. Le traitement des données est anonyme.

Quel est votre sexe ? *

- ☐ Homme
- ☐ Femme

Quel est votre âge ? *

Quelle est la nature de votre emploi ? *

- ☐ Ouvrier / Employé
- ☐ Profession intermédiaire
- ☐ Cadre
- ☐ Artisan / Commerçant / Chef d'entreprise / Libéral
- ☐ Etudiant sans activité salariée
- ☐ Chômeur
- ☐ Retraité
- ☐ Sans activité professionnelle

Secteur d'activité :

- ☐ Secteur public
- ☐ Secteur privé
- ☐ Non concerné

Pénibilités et satisfaction dans le travail *

Coter la pénibilité et la satisfaction de 0 (très faible) à 5 (très forte).

Pénibilité physique : ____ ☐ Non concerné

Pénibilité psychologique : ____ ☐ Non concerné

Satisfaction : ____ ☐ Non concerné

De quand date votre dernier arrêt de travail ? *

- ☐ Arrêt de travail en cours
- ☐ Moins de 2 ans
- ☐ Plus de 2 ans
- ☐ Jamais d'arrêt de travail
- ☐ Non concerné

Votre médecin traitant vous a-t-il déjà refusé un arrêt de travail ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Qui de vous ou de votre médecin sait le mieux si vous devez être arrêté(e) ? *

- ☐ Moi-même
- ☐ Mon médecin

Quelle influence estimez-vous avoir sur votre médecin à propos de la prescription d'arrêts de travail ? (sur la décision de prescrire comme sur la durée) *

- ☐ Aucune influence
- ☐ Influence faible
- ☐ Influence importante
- ☐ Influence très importante

Exemples de consultations

Plusieurs situations de patients sont présentées ci-dessous. Pour chacun d'eux, il vous est demandé si, de votre point de vue, un arrêt de travail devrait être prescrit et si oui, de quelle durée. On considère que chaque patient consulte un lundi en début de matinée et bénéficie du traitement adapté à son problème de santé. Seule reste la question de l'arrêt de travail. Indiquez le nombre de jours d'arrêt de travail adapté à la situation. Pas d'arrêt de travail = 0

1- Madame A. est une secrétaire de 50 ans. Elle s'est "coincé le dos" en jardinant hier après-midi. Aujourd'hui, son lumbago la fait moins souffrir, mais elle conserve une raideur, avec une douleur de fond qui augmente lors de certains mouvements ou de la position debout prolongée. *

2- Monsieur B. est un routier de 40 ans. Il explique qu'il est victime depuis plusieurs mois d'un harcèlement de la part de son supérieur, qui lui impose des objectifs difficiles à atteindre et lui fait des reproches incessants. Monsieur C. envisage d'attaquer son employeur aux prud'hommes. Il est de plus en plus anxieux quand il se rend au travail chaque matin. *

3- Monsieur C. est un informaticien de 35 ans. Il a la grippe depuis hier, avec fièvre, fatigue intense et courbatures. *

4- Madame D. est une femme de ménage de 35 ans. Elle a une angine virale qui lui occasionne depuis la nuit dernière des maux de gorge et de la fièvre. *

5- Monsieur E. est un facteur de 55 ans, qui souffre d'une dépression suite à la demande de divorce de son épouse, le mois dernier. Il se dit très fatigué, sans envie et surtout envahi par la tristesse. *

6- Madame F., 47 ans, est bibliothécaire dans son quartier. Elle souffre d'une récurrence d'entorse de cheville, suite à un faux-pas dans ses escaliers hier soir. Elle arrive à marcher avec son attelle, même si elle ressent une douleur à l'appui. *

7- Monsieur G est un jardinier de 20 ans, qui souffre d'une gastroentérite avec plusieurs épisodes de diarrhées depuis hier et des maux de ventre. Il est fatigué, et n'a pas beaucoup d'appétit. *

8- Madame H. a 31 ans. Elle est mariée, et mère de deux enfants de 2 et 5 ans. Elle est enceinte de 5 mois avec une grossesse qui se passe bien, mais elle trouve qu'avec la fatigue, elle n'arrive plus à concilier sa vie de famille avec son travail d'institutrice en maternelle. *

Commentaires libres – remarques :

*Obligatoire

Annexe 3 : Message d'invitation pour les patients

Madame, Monsieur,

Vous avez récemment donné votre adresse e-mail à votre médecin afin de participer à une étude sur les arrêts de travail. Je vous en remercie vivement.

Je suis interne en médecine générale en dernier semestre à Grenoble. Dans le cadre de mon travail de thèse, j'ai décidé de m'intéresser au point de vue des patients sur les arrêts de travail. L'idée est de comparer les prescriptions d'arrêts de travail des médecins avec ce que les patients auraient fait à leur place.

Pour cela, j'ai établi une série de huit cas médicaux fictifs que j'ai proposée à un panel de médecins généralistes et que je souhaite maintenant soumettre à des patients.

J'ai donc besoin de vous pour m'aider en remplissant le questionnaire suivant :

En vous remerciant par avance du temps que vous consacrerez à mon travail,

Frédéric JURY

****adresse e-mail (voie de communication privilégiée)**

****adresse postale**

Le traitement des données est anonyme et le fichier est déclaré à la CNIL sous le numéro 1699215v0. Conformément à la loi "informatique et libertés" vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en me contactant.

Annexe 4 : Message d'invitation pour les médecins

Cher confrère, Chère consœur,

Je suis interne en médecine générale en dernier semestre à Grenoble. Dans le cadre de mon travail de thèse, j'ai décidé de m'intéresser aux arrêts de travail et en particulier au point de vue des patients. L'idée est de comparer les indications d'arrêts de travail telles qu'elles sont perçues par les médecins d'une part et par les patients d'autre part.

Pour cela, j'ai établi huit cas cliniques fictifs, représentatifs de l'activité quotidienne de consultation, que je souhaiterais soumettre à un panel de médecins généralistes sélectionnés aléatoirement, ainsi qu'à des patients.

J'aurais donc besoin de vous à deux niveaux :

1- Remplir en 3 minutes le questionnaire "médecin" à l'adresse suivante :

2- Eventuellement, si cela vous est possible, recruter des patients auxquels je soumettrai les mêmes cas cliniques. Pour faciliter et accélérer cette tâche, je vous demande uniquement de recueillir les adresses email de 8 patients consécutifs, correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion, au moment qui vous conviendra.

- Critères d'inclusion : toute personne de 18 à 60 ans, consultant pour elle-même, quel que soit le motif de consultation.

- Critères d'exclusion : absence d'adresse e-mail personnelle, mauvaise maîtrise du français écrit, refus de la personne.

Vous pouvez me transmettre les adresses e-mail dans un fichier en pièce-jointe, ou dans le corps d'un email selon votre convenance. En cas de difficultés avec l'envoi par internet, vous pouvez également me les adresser par voie postale.

Les adresses des patients serviront uniquement à envoyer le questionnaire et ne seront en aucun cas transmises à des tiers ou conservées au-delà de l'étude.

En vous remerciant par avance du temps que vous consacrerez à mon travail,

Frédéric JURY

****adresse e-mail (voie de communication privilégiée)**

****adresse postale**

****numéro de téléphone**

Le traitement des données est anonyme et le fichier est déclaré à la CNIL sous le numéro 1699215v0. Conformément à la loi "informatique et libertés" vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en me contactant.